FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — N° 179

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 février 1905, à 1 heure

PAR

Joseph RICOU

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

MEMBRE ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

ESSAI

SUR LES

INDICATIONS ACTUELLES

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

PRÉSIDENT : M. **LE DENTU**, Professeur.

JUGES : MM. **BUDIN**, Professeur.
AUVRAY, Agrégé.
DEMELIN, Agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 12

(Anciennement 36, rue Serpente)

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY.	DESGREZ.	LEGUEU.	RICHAUD.
BALTHAZARD.	DUPRE.	LEPAGE.	RIEFFEL, chef des trav. anat.
BRANCA.	FAURE.	MACAIGNE.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GOSSET.	MAILLARD.	THIROLOIX.
BRINDEAU.	GOUGET.	MARION.	VAQUEZ.
BROCA (André.)	GUIART.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
CARNOT.	JEANSELME.	MERY.	
CUNEO.	LABBE.	MORESTIN.	
DEMELIN.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
	LAUNOIS.	PROUST.	
	LEGRY.	RENON.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON CHER MAITRE

M. LE DOCTEUR H. RIEFFEL

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL TROUSSEAU

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Bénévole 1896

MONSIEUR LE DOCTEUR MERKLEN

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LAENNEC

Stage 1897

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ QUÉNU

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL COCHIN

Externat 1898

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-L. FAURE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL LAENNEC

Externat 1899

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. BROCA

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

Externat 1900

MONSIEUR LE DOCTEUR C. ROQUES

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BICHAT

Internat provisoire 1901

MM. LES DOCTEURS LESAGE ET AVIRAGNET

MÉDECINS DE L'HÔPITAL COCHIN

Internat 1902

Monsieur le Professeur S. DUPLAY

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

MM. les Docteurs JACQUET et HUDELO

CONSULTATION DE DERMATOLOGIE DE L'HOSPICE DE LAROCHEFOUCAULD

Internat 1903

Monsieur le Professeur agrégé E. SCHWARTZ

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL COCHIN

Internat 1904

Monsieur le Professeur agrégé L.-G. RICHELOT

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL COCHIN

Stage obstétrical

Monsieur le Professeur A. PINARD

CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE

A MES AUTRES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. MORESTIN

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNAY

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR A. RUAULT

MÉDECIN HONORAIRE DE L'INSTITUTION NATIONALE DES SOURDS-MUETS

MONSIEUR LE DOCTEUR KALT

CHIRURGIEN DE LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS

A NOS COLLÈGUES ET AMIS

FERRY, DANIEL ET ROTTENSTEIN

qui ont bien voulu nous aider dans la préparation de ce travail.

Nous terminons notre internat dans le service de gynécologie de notre maître Richelot. C'est en travaillant sous sa direction aimable et magistrale, c'est en l'aidant dans ses belles opérations, c'est en opérant devant lui, que nous avons acquis la conviction nécessaire à la défense d'une cause qui lui est chère à plus d'un titre.

Mais une autre influence avait déjà fait germer en nous les mêmes idées, celle d'un maître que nous comptons parmi les plus chers, Monsieur le Docteur Rieffel. Il serait long d'énumérer ses titres à notre reconnaissance. Il encouragea notre premier geste opératoire, il nous accueillit dans son laboratoire d'anatomie de l'Ecole pratique, il ne nous épargna jamais ni les bons conseils, ni les encouragements, il fut enfin pour nous le Maître dans l'acception du mot la plus haute et la plus rare. Nous n'avons qu'un désir c'est que notre carrière soit le reflet fidèle de sa pratique à la fois prudente et hardie.

PRÉAMBULE

A mesure que nous avancions dans le présent travail, des problèmes d'une étendue et d'un intérêt croissants ont surgi à chaque pas. A chaque pas aussi, pressé par le temps et par les circonstances, nous avons dû nous restreindre pour remplir le programme que nous nous étions tracé. De cette obligation, il est résulté pour nous à la fois un regret de ne pouvoir être plus complet, d'avoir trop embrassé, et un plaisir de nous apercevoir que chacune des parties rapidement abordées, comportait encore une étude intéressante pour ceux qui, après nous, voudraient s'y employer

Nous diviserons notre court travail de la façon suivante :

1°) Essai sur les indications générales actuelles de l'hystérectomie vaginale.

2°) Essai sur les indications particulières de l'hystérectomie vaginale envisagées :

a) dans l'inversion utérine
b) dans le prolapsus utérin
c) dans les fibromes de l'utérus
d) dans le cancer de l'utérus
e) dans les salpingo-ovarites
f) dans l'infection puerpérale

PREMIÈRE PARTIE

Considérations sur les indications générales actuelles de l'hystérectomie vaginale.

Notre travail semble venir à son heure, après la communication de notre maître Richelot (1) au dernier Congrès de chirurgie de Paris (1904), et après l'importante discussion des dernières séances de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiâtrie de Paris (juillet, octobre et décembre 1904). Dans cette dernière et importante discussion à laquelle ont pris part des gynécologistes de la compétence de Richelot, Segond, J. L. Faure, Pinard, Pierre Delbet, Legueu, la cause de l'hystérectomie vaginale semble avoir été une fois de plus débattue. Cette discussion peut résumer l'état actuel de la question en France.

A l'étranger, nous n'assistons guère à de pareilles joutes oratoires et la manière d'aborder l'appareil utéro-annexiel ne donne pas lieu à des controverses aussi passionnées. En Allemagne notamment, la voie

(1) Nous rappelons que M. Richelot est chargé d'un rapport sur la voie vaginale en obstétrique et en gynécologie au prochain congrès international de gynécologie de Saint-Pétersbourg.

vaginale demeure très employée. En feuilletant les périodiques médicaux allemands, on trouve de nombreux travaux récents sur l'hystérectomie vaginale. Sur 32 hystérectomies, nous voyons Kronig (1) (de Leipzig) pratiquer 25 opérations vaginales et 7 abdominales seulement. Nous y lisons un plaidoyer de A. Von Mars (2) pour l'hystérectomie vaginale par le procédé de Doderlein. Nous y voyons encore Dürhssen (3) (de Berlin) apporter au Congrès de la Société allemande de chirurgie (Berlin-1903) 267 opérations vaginales sans un seul décès. Au cours du présent travail enfin, nous aurons à citer à chaque instant des travaux allemands, qui concernent l'hystérectomie vaginale et ses indications.

En Angleterre, quoique la tendance à l'opération vaginale soit moindre, les partisans de l'abdominale l'envisagent avec impartialité; Lewers (4) communique 40 cas consécutifs d'hystérectonie vaginale pour cancer, Herbert Spencer (5) réclame la voie vaginale pour les fibrômes qui ne sont pas plus gros qu'une tête de fœtus. Murdoch Cameron (6) déclare qu'il appartient à l'opérateur de juger chaque cas suivant ses mérites et de décider du chemin à suivre. Haultain (7) laisse aussi le choix du chemin aux tendances de l'opérateur. Il préfère la voie abdominale mais, dit-il, « cer-

(1) Centrabl. f. Gyn. 18 janvier 1902, p. 57.
(2) Wien. Klin. Woch. 1904, n° 12.
(3) Centrabl. f. Gyn. 1903, n° 36.
(4) The Lancet, 5 janvier 1901.
(5) Brit. Med. journal, 10 oct. 1902, p. 1131.
(6) Brit. Med. journal, 10 oct. 1902, p. 1131.
(7) The Lancet, 28 février 1903, p. 589.

tains chirurgiens adoptent la voie vaginale pour les tumeurs (fibrômes) de volume inférieur à celui d'un utérus gravide de 6 mois et basent leur préférence sur la mortalité peu élevée, l'absence de shock, la convalescence plus rapide, l'absence de cicatrice abdominale. James Swain (1) (de Bristol) préconise l'hystérectomie vaginale, comme la meilleure opération dans le cancer diagnostiqué d'une manière précoce.

En Italie, la colpo-hystérectomie possède encore des adeptes ; Nigrisoli (2) (de Ravenne) se dit partisan de cette opération d'une façon générale. Mangiagalli (de Milan), Bossi (de Gênes) sont des colpo-hystérectomistes.

En Amérique, si Kelly (de Baltimore), Baldy (de Philadelphie), Palmer (de Cincinnati) Irish (de Massachusetts) sont nettement laparotomistes, Boldt (de New York), Burrage (de Boston), Byford (de Chicago), Janvrin et Polk (de New-York) (3), ont une tendance non moins nette pour la voie vaginale.

En France, au cours de ces dernières années, nous avons assisté à des discussions souvent passionnées sur la manière d'aborder l'utéro-annexe. Nous n'entreprendrons pas un historique qui se trouve dans toutes les mémoires et dans tous les livres. Nous dirons seulement qu'il résulte des lectures que nous avons pu faire et des discussions récentes même de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiâtrie, que l'hystérectomie vaginale ne fait que perdre du terrain. Chaque

(1) Brit. Méd. Journal, 21 Décembre 1904.
(2) Congrès de Rome 1902.
(3) Voir l'enquête de Grimoud. Thèse de Toulouse 1904.

jour amène une défection nouvelle, et tout récemment Routier (1) nous déclarait qu'après avoir été jadis partisan convaincu de cette opération, il l'avait aujourd'hui presque complètement abandonnée.

Cette discussion eut l'avantage de réunir, comme en un faisceau, toutes les nuances de l'opinion française sur l'hystérectomie vaginale et ses indications. Richelot et Segond y soutiennent la cause de la vaginale qui leur a rendu tant de services et qui leur doit tant de perfectionnement. J.-L. Faure et Legueu, lui accordent une place dans la gynécologie opératoire mais tendent à restreindre cette place à un strict minimum.

Enfin les adversaires de la vaginale ont parlé, représentés par Pierre Delbet qui est « resté l'ennemi de cette voie dont l'obscurité lui a toujours paru inquiétante », par Routier qui l'a abandonnée après l'avoir jadis pratiquée. Terrier est le chef incontesté de ces adversaires après avoir été le plus habile des colpohystérectomistes.

Nous pourrions rechercher, après d'autres plus autorisés, les causes qui ont amené les chirurgiens actuels à rejeter systématiquement la voie vaginale. Il semble que, parmi ces causes, il en est de bien humaines. Primitivement, ce fut peut-être la satisfaction légitime d'accomplir, grâce à l'asepsie, grâce à l'outillage, grâce à l'habileté croissante du chirurgien, de merveilleuses prouesses laparotomiques. Ce fut aussi peut-être le besoin d'une réaction contre la vaginale triomphante et appliquée à tous les cas dont certains n'en comportaient

(1) Société d'obst., de Gyn. et de Péd. de Paris. juillet 1904.

pas l'indication. Ce fut peut-être encore, il faut bien le dire, l'influence des chefs d'école qui laissent sur leurs disciples des traces si légitimes et si profondes. Ces races, la vaginale leur devra peut-être un jour la place définitive qu'elle mérite dans la gynécologie opératoire. Nous tiendrons compte aussi de l'habitude perdue au cours d'une nouvelle orientation des idées ; et c'est ainsi que beaucoup n'envisagent plus qu'avec frayeur ou ennui une opération qu'ils « n'ont plus bien en mains ».

Mais il est d'autres causes à cette tendance actuelle et celles-là sont scientifiques et rationnelles. Elles ont leur source dans le progrès journalier de la technique opératoire abdominale.

Nous le disons bien haut, notre but n'est pas de toucher à la laparotomie ni d'empiéter sur ses indications. Nous avons pour elle un respect et une admiration qui nous a été fortement inculquée par nos maîtres, ceux-là mêmes qui comptent parmi les plus chauds partisans de la colpo-hystérectomie. L'ignorance seule ou la partialité, pire encore, pourraient nous faire refuser à la voie abdominale actuelle sa lumière, sa simplicité, sa sécurité au point de vue des complications éventuelles et à celui du diagnostic exact. Les partisans exclusifs ont pour elles des tendresses que nous comprenons bien et beaucoup de sa gloire est faite des griefs qu'on invoque contre l'hystérectomie vaginale.

Voyons rapidement ces griefs. Et d'abord, l'hystérectomie vaginale est-elle plus difficile que l'abdominale ? Non, dirons-nous ; au contraire même, elle se présente souvent comme une opération simple, aussi simple et

plus simple que l'abdominale équivalente. Certains opérateurs la font en quelques minutes. Mais elle ne reste simple que dans les cas où elle est indiquée et les chirurgiens qui veulent trop lui demander n'ont aucune peine à lui préférer l'abdominale.

Notre maître Richelot, a maintes fois opposé, avec justesse, ces laparotomies faites à travers une paroi épaisse et rigide, au fond d'un puits pelvien sans cesse obstrué par des anses instestinales (malgré l'emploi du plan incliné) aux hystérectomies vaginales, faites chez ces mêmes malades qui possèdent le plus souvent un vagin des plus spacieux. Au surplus, nous croyons que la connaissance des choses de la chirurgie est aussi indispensable dans l'une que dans l'autre voie.

On a encore dit de l'hystérectomie vaginale qu'elle ne pouvait prétendre à l'établissement d'un diagnostic certain. Nous n'y contredisons pas puisque nous prétendons justement qu'elle n'a d'indication qu'en face d'un diagnostic à peu près sûr. Mais faut-il au moins le faire, ce diagnostic, et quel chirurgien, digne de ce nom, pourrait consentir à la demander d'une façon habituelle à l'ouverture du ventre. C'est surtout dans les cas où l'on doute d'une bilatéralité de lésions annexielles que le reproche est cuisant. Aussi, la moindre incertitude à ce sujet indique-t-elle la voie haute. Cependant, si certains veulent que le premier coup de bistouri donné par les voies naturelles, entraîne la perte de la fécondité, l'opérateur ne pouvant plus s'arrêter, Segond (1) s'élève contre cette manière de

(1) Traité de Chirurgie Duplay-Reclus.

voir, et, sans ériger en principe la valeur explorative de l'incision éventuelle du cul-de-sac postérieur, il prétend qu'on peut encore s'arrêter à temps.

Quand il y a doute sur l'existence d'une grossesse, on peut croire plus sûre la voie haute au point de vue du diagnostic. Cette croyance est quelquefois erronée si l'on attend l'éclaircissement de la seule laparotomie. D'éminents chirurgiens ont pu enlever par voie abdominale des utérus gravides de plusieurs mois. Il est souvent, en effet, difficile, sinon impossible, même après l'ouverture du ventre, de distinguer certains utérus gravides de certains autres fibromateux. Tout récemment encore, il nous a été donné d'assister à deux erreurs de diagnostic inverses. Nous avons vu enlever par supravaginale un utérus gravide, qui offrait d'une façon surprenante l'aspect d'un utérus fibromateux. La femme avait été examinée avec soin, venait d'une maternité et il avait été question un moment de pratiquer sur elle l'hystérectomie vaginale. Quelques jours après, dans un cas personnel (1), nous eûmes à faire une laparotomie chez une femme soupçonnée atteinte de fibrome utérin. L'examen de la malade avait été aussi soigneux que possible mais quand le ventre fut ouvert, l'utérus se présenta avec un aspect, une consistance tels que, nous souvenant du cas précédent, nous fermâmes la paroi sans intervenir. La malade guérit opératoirement, fut revue à plusieurs reprises et chaque fois diagnostiquée gravide. Deux mois après, elle revenait mourir dans le service d'une septi-

(1) Ricou. - Société anatomique, 20 janvier 1905.

cémie généralisée consécutive à l'élimination d'un énorme fibrome sphacélé.

On a dit de l'hystérectomie vaginale qu'elle était une opération aveugle. Pierre Delbet (1) est « resté l'ennemi de cette voie dont l'obscurité lui a toujours paru inquiétante ». Peut-être l'est-elle et en apparence, dans les tumeurs volumineuses ou très adhérentes, « accouchées à travers des voies étroites », quand les rapports de l'utérus sont modifiés, dans tous les cas enfin où, sans hésitation, chacun doit recourir à la voie suspubienne. Mais, dans d'autres cas, l'hystérectomie vaginale est aussi lumineuse que l'abdominale équivalente. Si les progrès de cette dernière ont été des progrès journaliers, l'opération vaginale l'avait précédée dans cette voie et, à l'heure actuelle, elle a, elle aussi, ses valves pour donner du jour, ses pinces pour l'hémostase et pour servir au besoin d'écarteurs solides, ses procédés, qui la font une opération méthodiquement réglée, où tous les actes peuvent se passer sous le contrôle de la vue et du toucher.

Mais l'hémostase! Laisser des pinces à demeure dans le vagin! On en laisse aussi à demeure sur les pédicules abdominaux (2). Sans parler des méthodes de l'angiotripsie et de l'électrohémostase qui ont rencontré peu d'imitateurs, il est telles occasions où l'on peut, où l'on doit même remplacer les pinces par des ligatures, et certains auteurs préconisent systématiquement cette ligature

(1) Soc. d'Obst. de Gyn. et de Péd. juillet 1904.
(2) Reynier. — Société de Chirurgie de Paris, 12 juillet 1899.

comme moyen hémostatique dans l'hystérectomie vaginale (Jacobs, Goullioud, Pauchet, Bouglé, etc. (1).

Les pinces sont douloureuses ! Elles sont une torture ! Pas toujours et, quand elles existent, ces douleurs cèdent à l'action de la morphine, action à laquelle on est heureux de recourir après les opérations abdominales ou autres. Ces douleurs ne survivent d'ailleurs pas à l'enlèvement des pinces. Les pinces ne dérapent plus, ne cassent plus, depuis que tant de nouveaux modèles ont été créés. Par excès de précaution, on peut, comme le font certains, en attacher les anneaux avec du fil de soie ou d'argent. Quand on les enlève, l'hémostase est faite. Cependant, quelques accidents peuvent se produire, prenant leur origine dans cette manière de faire l'hémostase. L'hémorrhagie immédiate est exceptionnelle. Elle survient aussi après l'hystérectomie abdominale quand un pédicule a été mal lié. Quelques-uns de ces soins généraux que nous préciserons bientôt suffiront à nous garantir de ces catastrophes. Quand l'hémorrhagie survient, s'il faut souvent « ouvrir » le ventre dans l'opération vaginale, il faut le « rouvrir » dans l'abdominale et ainsi les risques se balancent.

L'hémorrhagie, qui suit l'ablation des pinces, est moins rare. On peut la prévenir, comme nous le dirons tout à l'heure, en attendant un peu plus de 48 heures pour les enlever. On peut, comme Quénu (2), ouvrir la pince sur place et sans la mobiliser, attendre quelques minutes et

(1) Inglessi. — L'hystérectomie vaginale sans pinces. Th. Paris 1902.

(2) Longuet. — Technique générale de l'hystérectomie vaginale totale. Progrès médical, 1898.

la renfermer au moindre suintement sanguin. Si, malgré tout, l'hémorrhagie se produit, il n'est plus ici besoin d'ouvrir le ventre pour la tarir. La malade, mise sur la table de speculum, on arrive, facilement le plus souvent, à repincer les artères saignantes (1). Il suffit, pour parer aux évènements, qu'après l'ablation des pinces, le chirurgien ne quitte pas sa malade avant une demi-heure ou trois quarts d'heure. Nous ne parlons pas de l'hémorrhagie secondaire parfois à la chute des eschares. Le tamponnement vaginal nous en rend facilement maîtres. Nous ne parlerons pas longtemps non plus de la blessure des organes voisins de l'utérus, de celle de l'uretère rare actuellement, de celle de la vessie un peu plus fréquente, de celle de l'intestin qui, parfois préexistante, survient pour le rectum environ 9 fois sur 200 cas (statistique de Baudron) (2). L'abdominale ne met pas à l'abri de ces accidents. Il est vrai qu'elle peut souvent les mieux réparer, mais il est aussi vrai qu'ils ne surviennent la plupart du temps que dans les cas irréguliers, où l'hystérectomie vaginale n'a plus son indication.

Les eschares sacrées, l'occlusion intestinale post-opératoire ne sont pas l'apanage exclusif de la voie vaginale.

L'infection enfin n'y est pas plus fréquente. Certains auteurs ont pu nier le « péril vaginal ». Le péritoine pelvien, aussi bien et mieux encore que celui de la fosse iliaque, est admirable au point de vue du drainage et du cantonnement de l'infection. Ne voyons-nous pas, d'ailleurs, l'hystérectomie abdominale lui emprunter le bon

(1) Richelot. — Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve.
(2) Baudron. — Thèse de Paris 1893.

drainage au point déclive qu'il offre dans les lésions virulentes? Il est même certaines occasions où, des ligatures ayant été mises, on peut clore le vagin et réaliser ainsi les conditions de la fermeture laparotomique.

En réponse à ces reproches qui peuvent, nous l'avons vu, trouver quelques correctifs, l'hystérectomie vaginale présente des avantages généraux. On veut bien ne pas les lui contester, et c'est sur ces avantages qu'est fondée la justice de ses indications.

Et d'abord, c'est l'absence de toute cicatrice abdominale. Le bistouri ouvrant la paroi crée une cicatrice, dans la très grande majorité des cas satisfaisante, sinon esthétique. Mais, encore, faut-il que les tissus soient de bonne qualité, que le drainage, souvent nécessaire, ne soit pas trop prolongé. De là deux indications de nature à faire pencher la balance en faveur de la voie vaginale ; d'une part, ces parois épaisses quant au panicule adipeux et faible, quant à la fibro-musculature, d'autre part ces parois dont l'intégrité est formellement désirée par la malade et dont l'esthétique constitue parfois un argument professionnel de premier ordre (modèles, par ex.). Nous avons déjà dit, qu'outre le point de vue esthétique et celui de l'éventration possible avec ses conséquences, la paroi méritait considération au point de vue de la difficulté opératoire par la voie haute. Par contraste, c'est souvent dans de pareils cas que, si la paroi donne à réfléchir au chirurgien, la voie basse, au contraire, s'affirme facile et spacieuse.

Mais l'indication de la vaginale n'est réellement rem-

plie que par le diagnostic soigneux et répété, qui montre les choses telles qu'elles sont et malheureusement, il faut bien le dire, on confie trop souvent à l'ouverture du ventre le soin d'un supplément de diagnostic. L'examen de la malade sous l'anesthésie chloroformique est souvent nécessaire. Chacun le conseille mais combien le réalisent?

L'examen ainsi fait permettra de constater la mobilité de l'utérus, son volume qui ne doit pas excéder une certaine mesure, sa forme enfin et ses connexions ; une pince de Museux appliquée sur le col montrera même le degré d'abaissement qu'on peut obtenir sans violence ni autres indications.

L'examen des symptômes généraux et locaux permettra d'apprécier le degré de virulence des lésions et nous voyons cette virulence décider quelques chirurgiens à adopter la voie vaginale à l'encontre de leurs préférences à cas équivalents (1).

Enfin la gravité moindre de la vaginale la fait adopter chez les malades épuisées par les pertes sanguines ou par l'infection, chez celles dont Fritsch a pu dire qu'il « aimait mieux pour elles une hystérectomie vaginale d'une heure, qu'une laparotomie de dix minutes. »

C'est ici que surgit la possibilité d'une anesthésie moins déprimante que le chloroforme ou l'éther, et que l'anesthésie rachidienne telle que la comprend Tuffier pourrait être proposée. Schwarz-Szasz (2) a eu l'occa-

(1) J-L. Faure. — Chirurgie des annexes de l'utérus, p. 286.
(2) Schwarz-Szasz. — Centralb. f. Gyn. 1902, p. 834.

sion d'employer cette anesthésie et la trouve parfaite, la malade n'accusant un peu de douleur que quand on écrase ou qu'on tire sur les ligaments larges.

Il est juste d'opposer des contre-indications à ces avantages généraux. En première ligne, vient l'incertitude du diagnostic, surtout celle où l'on est de la bilatéralité des lésions annexielles. Cette incertitude commande impérieusement la voie sus-pubienne.

D'autre part, l'étroitesse du vagin, vient constituer un obstacle à la voie vaginale. Richelot (1) a pu, à la vérité, enlever chez des vierges des fibromes même volumineux. Segond dilate le vagin par l'établissement à demeure pendant deux jours d'un ballon de Pétersen ou d'un pessaire de Gariel, d'autres conseillent le tamponnement. Ce sont là des moyens de douceur qui permettent de contourner la difficulté, mais il faut rejeter le débridement vulvo-vaginal proposé par Olshausen et préconisé en France par Chaput. Il vaut infiniment mieux avoir recours à la voie haute dans les cas qui réclameraient une telle opération préliminaire.

D'autres contre-indications sont tirées de la fixité de l'utérus (sauf quelques exceptions), de son volume excessif qui nécessiterait un morcellement pénible ou dangereux au point de vue de la septicité, de la friabilité trop grande de son corps ou de son col.

Nous y ajouterons aussi le nervosisme trop accentué de quelques malades pouvant faire craindre une crise

(1) Richelot. — L'hystérectomie vaginale, p. 228.

convulsive très préjudiciable à l'hémostase par les pinces à demeure.

La technique générale de l'hystérectomie vaginale est, à l'heure actuelle, méthodiquement réglée. Nous n'avons pas à décrire ici tous les procédés qui peuvent, le cas échéant, trouver leur indication et qui ont donné les bons résultats attendus à leurs auteurs et à ceux qui les ont employés. Nous insisterons seulement sur quelques points indispensables à la perfection de toute bonne hystérectomie vaginale.

C'est tout d'abord la préparation préopératoire de la malade. Longuet (1) a bien étudié ce côté de la question. Les bains locaux et généraux, les purgations répétées seront les préliminaires obligés de toute bonne opération par la voie vaginale. Cette opération sera aussi précédée, suivant le cas, de curettage ou de cautérisations ignées du col utérin. Mais il est une chose vers laquelle doit tendre toujours la pensée du chirurgien : l'hémostase.

Les pinces seront vérifiées avec soin avant d'être employées. Leur modèle importe peu pourvu qu'elles soient robustes. M. Richelot se sert presque toujours actuellement de la pince de Kocher.

Dans la mesure du possible, il faudra éviter de mettre un trop grand nombre de pinces. Deux clamps sur chaque tranche, quatre en tout, ont bien souvent permis à M. Rieffel de réaliser une hémostase parfaite.

M. Richelot met en garde contre le suintement qui a pour origine la tranche vaginale postérieure. En somme, jamais le chirurgien ne doit quitter la salle d'opération

(1) Longuet. — *Loco citato.*

avec une arrière-pensée au point de vue de l'hémostase.

Le pansement varie sans inconvénient suivant les habitudes de l'opérateur. M. Richelot emploie des tampons d'ouate hydrophile iodoformée munis d'une double ficelle, M. Rieffel se sert de longues mèches de gaze stérile : affaire d'habitudes. Cependant, l'iodoforme à dose modérée, nous semble recommandable pour tous les pansements vaginaux qu'il conserve très longtemps utiles et sans fétidité.

La post-opération est aussi des plus importantes. Nous n'avons pas besoin de dire quelle surveillance active, il faut exercer sur de telles malades. Dans le service de M. Richelot, l'habitude est de leur mettre, comme le faisait Péan, une vessie de glace sur l'hypogastre. Les malades semblent en éprouver un certain soulagement et la réclament bien souvent.

Quand enlever les pinces ? La majorité des chirurgiens le font au bout de 48 heures. Le plus souvent, ce délai suffit. Nous croyons cependant qu'on peut sans inconvénient et en se basant sur l'état des opérées, prolonger un peu la forcipressure. Nous avons eu l'occasion d'observer quelquefois un suintement sanguin, d'ailleurs vite tari, après l'ablation au bout de 48 heures. Aussi, avions-nous pris l'habitude d'attendre notre contrevisite du surlendemain de l'opération pour les enlever, quand nous en étions chargé par M. Richelot. Cette ablation nécessite d'ailleurs une grande douceur et nous avons dit plus haut la manière de faire très recommandable de Quénu dans cette manœuvre. De toute façon, le chirur-

gien prudent ne devra quitter son opérée, qu'environ une demi-heure après l'ablation des pinces.

« Nous considérons comme une faute grave, dit M. Richelot, d'enlever les tampons le même jour que les pinces ; les profonds, tout au moins, doivent rester en place jusqu'au jour où le péritoine est certainement protégé par des adhérences. Six à sept jours suffisent, huit jours valent encore mieux pour mettre l'opérée à l'abri de tout accident. » Le lendemain de l'ablation des tampons, se fera la première injection vaginale, douce et sans pression, avec de l'eau bouillie simple.

Ainsi pratiquée, l'hystérectomie vaginale reste, quoi qu'on puisse dire une opération bénigne. Les statistiques publiées par les chirurgiens de France et de l'étranger constituent le plus éloquent témoignage en sa faveur. Sur 1369 cas anciens et récents d'hystérectomie vaginale pour fibromes, rapportés par M. Richelot dans son livre, nous ne comptons que 63 morts soit 4, 6 % de mortalité.

Nous avons eu très souvent l'occasion d'assister M. Rieffel dans la pratique de ses hystérectomies vaginales. Il insiste beaucoup sur les soins préliminaires. Pour l'opération elle-même il se sert de clamps dont il a, une fois l'intervention finie, la précaution d'attacher les anneaux avec du fil de soie ou d'argent. Sa manière de faire la plus fréquente est l'hémisection médiane antérieure, après incision circulaire péricervicale et libération du col en avant et en arrière sans ouverture primitive du Douglas qu'il ne perfore qu'à la fin de l'opération et du bout d'une pince ou d'un clamp. Il fait l'hémostase der-

nière, le plus souvent au moyen de deux clamps qu'il dispose de chaque côté d'une manière un peu particulière. Il place d'abord un clamp de haut en bas sur le ligament large, puis un second de bas en haut jusqu'au contact du premier. Il en fait autant de l'autre côté. Ainsi placés et ramenés dans l'axe du vagin, ces clamps communiquent à chaque pédicule un certain degré de torsion qui n'en assure que mieux l'hémostase. De plus, le ligament large recouvrant l'extrémité des pinces protège l'intestin d'une façon efficace. L'aide ne doit jamais toucher aux pinces une fois mises, si ce n'est pour les déplacer parallèlement à leur axe.

Le pansement se fait à l'aide de longues mèches de gaze stérile, qui ne sont enlevées qu'au 6e jour (les pinces le sont au bout de 48 heures). M. Rieffel insiste d'ailleurs, lui aussi, sur l'efficacité des soins consécutifs. Cette manière de faire lui a permis de ne déplorer aucun accident opératoire. Il n'a jamais eu d'hémorrhagie, ni de blessure d'organes, si ce n'est pourtant une blessure de l'uretère due à une fausse manœuvre d'un aide inexpérimenté. Sa statistique intégrale porte sur 78 cas avec 3 morts soit 4%. Encore pouvons-nous en distraire une mort pour hystérectomie vaginale pratiquée *in extremis* pour infection puerpérale.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I

Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale dans l'inversion utérine.

C'est dans l'inversion utérine que l'hystérectomie vaginale possède les indications les plus universellement admises à l'heure actuelle. La raison en est bien simple : on ne peut songer à faire autrement l'ablation de l'organe.

Cette affection est d'une rareté telle (du moins pour les cas qui ont réclamé l'hystérectomie) que les observations n'en sont pas encore très nombreuses. Brasseur (1) et Taste (2) l'ont successivement étudiée. Plus récemment Oui (3) et Fresson (4) ont complètement repris la question. Nous ne pouvons mieux faire, n'ayant aucune expérience

(1) Brasseur. — De l'hystérectomie vaginale dans l'inversion puerpérale irréductible. *Thèse* de Paris.

(2) Taste. — De l'inversion utérine. *Thèse* de Lyon, 1897.

(3) Oui. — Des opérations conservatrices dans la cure de l'inversion puerpérale ancienne. (Congrès d'obst. de Gyn. et de Péd. Nantes 1901)

(4) Fresson.— Indications et Manuel opératoire dans le traitement de l'inversion utérine. *Thèse* de Paris, 1902.

sur le sujet, que de suivre le plan de ce dernier et de reproduire les conclusions de sa remarquable thèse.

Dans le cas particulier l'hystérectomie n'est indiquée qu'après l'échec des tentatives les plus loyales en vue de la conservation de la fonction. C'est dire que, rejetant les méthodes de réduction par la force, on pourra employer les procédés de douceur. On a fait usage pour cela de la pression lente et continue durant parfois des semaines à l'aide de pessaires. Pinard a dû un succès à l'emploi du ballon de Champetier de Ribes.

Pozzi préconise le tamponnement vaginal à la gaze, renouvelé tous les deux ou trois jours. Ces méthodes de douceur ont donné quelques bons résultats, mais en somme, dit Fresson, elles n'ont rien de bien encourageant.

On est obligé de recourir alors à des moyens de réduction plus actifs. C'est ici que prennent place les interventions par la voie abdominale. Préconisées tout d'abord par Gaillard Thomas (1), loin de rendre possible l'hystérectomie, elles ne furent employées que pour des tentatives de réduction restées infructueuses dans la plupart des observations.

Sur 13 cas rassemblés par Oui, on ne put réduire que deux fois l'utérus inversé. Dans les deux cas de Mac-Intosh et de Morris, cités par Fresson, où la réduction s'effectua par cette voie, le succès ne fut obtenu que grâce au débridement de l'anneau cervical. Or, la voie vaginale est aussi efficace et plus sûre pour effectuer ce débridement.

(1) G. Thomas. — Diseases of women, 1872 p. 434.

Nous pouvons, d'après Fresson, citer le procédé mixte abdomino-vaginal d'Everke (de Bochun), comme une méthode intermédiaire entre l'opération abdominale et la vaginale.

La voie vaginale reste donc seule dans l'inversion utérine à détenir la possibilité de deux sortes d'opérations : les opérations conservatrices ou de réduction, et les opérations radicales ou l'hystérectomie.

Par cette voie, avant de songer à faire l'opération radicale, la réduction sera tentée par les incisions cervicales latérales, par la colpo-hystérotomie postérieure ou opération de Küstner modifiée par Piccoli, par la colpo-hystérotomie antérieure ou opération de Kehrer modifiée par Spinelli. Quelquefois, malgré tous les efforts, la réduction ne se produit pas. Dans le cas de Legueu, la réduction après hystérectomie vaginale, pièces en mains, était impraticable. Dans un autre cas de Velpeau, elle ne put s'opérer même sur le cadavre.

Si donc, après toutes ces tentatives qui restreignent d'autant les indications de l'hystérectomie, la réduction est impossible, si l'utérus se *sphacèle*. si des *hémorrhagies* se produisent, si *l'infection* survient, il faut intervenir d'une façon radicale.

L'*âge avancé* de la malade constitue encore une indication, le chirurgien n'hésitant plus à supprimer un organe gênant et inutile. Il faut encore ajouter à ces indications l'impossibilité de maintenir la réduction, *l'incoercibilité absolue*.

Fresson envisage aussi le cas de l'inversion consécutive à la présence de fibromes utérins, ainsi que la

possibilité, chez une femme jeune, de réduire l'utérus débarrassé de ces tumeurs par énucléation.

L'hystérectomie vaginale pour inversion utérine fut faite pour la première fois, en France, par Legueu (1894), mais, depuis plusieurs années, cette opération avait été prévue et conseillée. Terrier (1) se demandait déjà en 1885 si, avec la possibilité d'aseptiser le vagin, il n'y aurait pas lieu d'en venir à une ablation rapide de l'utérus. Koru (2) (1886) conseille cette ablation et entrevoit déjà même l'hémisection médiane. Sécheyron indique une méthode sans trouver l'occasion de l'appliquer.

Quelle que soit la méthode employée (elle est assez indifférente pour un bon chirurgien et les opérateurs de la première heure sont partis sans idée préconçue), l'opération est assez simple. Le procédé d'hémisection médiane semble cependant avoir réuni le plus de suffrages. Il s'impose d'ailleurs dans tous les cas d'irréductibilité où l'hystérectomie n'est de mise qu'après insuccès de la méthode de réduction par incision postérieure. Un seul temps y est difficile, c'est lorsqu'il faut exactement déterminer la situation du cul-de-sac antérieur dans l'inversion complète.

Duret met des ligatures pour assurer l'hémostase. Segond, Legueu et Faure laissent des pinces à demeure, Longuet (1898) conseille la fermeture de l'infundibulum vaginal, la confection d'une sangle aux dépens des ligaments larges et une colpopérinéorrhaphie, s'il en est

(1) Bull. Soc. Anat. 1885.
(2) Centralb. fur Gyn. 1886.

besoin. Fresson a, depuis, relevé 2 cas d'hystérectomie pour inversion ancienne avec suture en sangle des ligaments larges, l'un de Senn, l'autre de Nijof, cas suivis de succès. Mais dans les observations précédentes, il a été obtenu d'aussi bons résultats à moins de frais. Il faudrait donc conclure, avec Fresson, qu'il convient de s'en tenir à la technique suivie par Segond, Legueu, Faure, Duret.

Nous conclurons donc qu'à l'heure actuelle, la voie vaginale doit être la seule employée dans le traitement de l'inversion utérine. Les opérations radicales, pratiquées par cette voie, dans certaines conditions déterminées, sont des opérations faciles et bénignes. Fresson rapporte 11 observations nouvelles d'hystérectomies vaginales pour inversion utérine et toutes ces interventions furent suivies de guérison.

CHAPITRE II

Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin.

Ce n'est pas en 1880, quoi qu'en disent Martin (de Berlin) et Kaltenbach, c'est bien antérieurement, que l'hystérectomie vaginale fut appliquée pour la première fois au prolapsus utérin. D'abord appliquée avec succès aux prolapsus compliqués de cancer (Langenbeck, 1813, — Hœlscher, 1824 — Siebold, 1824 et 1825 — Gebhard, 1836 — Jügensen, 1838), Edwards pratiqua cette opération contre un prolapsus irréductible compliqué de gangrène (1864). En 1867, Choppin, en Amérique, pratiqua la première hystérectomie vaginale systématique contre un prolapsus non compliqué. Par la suite, cette méthode fut reprise par beaucoup de chirurgiens, à l'étranger surtout, puisque nous trouvons de nombreuses observations de Palisson et Corradi, de Kehrer, de von Teuffel, Martin, Kaltenbach et que Robert Asch, en 1889, put faire un mémoire sur 8 cas personnels de la clinique de Breslau.

Depuis cette époque, l'opération est devenue classique

en bien des cas, surtout en Allemagne ; témoin les statistiques dont nous aurons plus loin à reparler.

En France, la première observation, plus tardive, est due à Richelot (1886). Les observations se comptent jusqu'au rapport de Quénu (Société de Chirurgie, 1893) sur deux observations de Lejars. On signale les observations de Routier (1888), de Terrillon (1889) de Guilloud (1891), les deux observations de Lejars et les cinq personnelles de Quénu. Depuis ce rapport, et bien que ce fut dans des limites un peu restreintes, le principe de l'hystérectomie vaginale fut à peu près universellement admis.

Quelles sont donc les indications opératoires actuellement admises dans le prolapsus utérin ?

En ce qui concerne les *prolapsus compliqués de fibrôme, de cancer, de gangrène*, etc., tous les auteurs sont d'accord pour admettre l'hystérectomie vaginale. « On ne saurait songer à une autre voie », dit Delbet (1), partisan pourtant bien net de la voie haute en toute autre circonstance.

Mais tout l'intérêt de la question réside dans les indications de l'hystérectomie vaginale appliquée aux cas où le prolapsus ne présente aucune complication.

En 1893, Quénu pose les règles suivantes : l'hystérectomie vaginale est indiquée « chez une femme ayant atteint la ménopause, principalement quand il s'agit d'une femme dont la condition sociale exige une vie active et spécialement lorsque l'état du périnée ne laisse

(1) Traité de chirurgie Duplay-Reclus, t. VIII, p. 266.

aucun doute sur la possibilité de restaurer utilement l'appareil de soutènement ».

La première partie de cette proposition paraît définitivement admise par tous les chirurgiens ; on ne doit pratiquer l'hystérectomie vaginale que chez des femmes ayant atteint la ménopause ou très voisines de ce moment. C'est la première indication que posent tous les auteurs avant de mentionner les cas où ils ont dû pratiquer l'hystérectomie vaginale.

Est-ce à dire pour cela qu'elle ne devra jamais être pratiquée chez des femmes plus jeunes. Au Congrès de Chirurgie de 1896, Bœckel (de Strasbourg) la recommande chez les jeunes femmes dans les conditions suivantes : 1°) lorsque les opérations plastiques sur le périnée tentées antérieurement auront échoué ; 2°) lorsque l'ancienneté et le volume du prolapsus feront pressentir un insuccès certain par les méthodes autoplastiques seules ; 3°) quand la réduction ne saurait être maintenue à cause du volume de l'utérus ; 4°) lorsque le prolapsus, en quelque sorte étranglé, ne saurait être réduit.

Nous pouvons accepter les indications ainsi formulées par Bœckel, bien peu confiant dans l'opinion de Delbet : « Il ne faut pas se hâter de déclarer un prolapsus irréductible ; quelquefois avec des manœuvres patientes, des pressions continues, des massages, on diminue l'œdème, l'épaisseur des tissus et l'on peut arriver à réduire un prolapsus d'apparence irréductible ».

C'est courir, semble-t-il, à un échec presque certain que de tenter une simple opération plastique dans ces cas

d'utérus profondément malades et perdus pour la fonction. L'hystérectomie vaginale est alors si dénuée de dangers qu'on ne saurait priver la malade du bénéfice certain de cette opération.

Mais, dans ces derniers temps, un certain discrédit est venu frapper l'hystérectomie vaginale au profit de l'abdominale et quelques auteurs tendent à en restreindre le domaine dans le prolapsus des femmes ayant dépassé la ménopause. Dès 1896, Bouilly, dans son rapport au Congrès de Chirurgie, la réserve aux cas où le vagin est atteint d'atrophie sénile ou d'hypertrophie, aux cas de relâchement excessif de l'appareil ligamenteux rendant le prolapsus irréductible ou lorsque l'irréductibilité est due à une hypertrophie considérable de l'utérus. Schwartz, au même Congrès, ne l'admet que dans le prolapsus très avancé avec utérus peu ou pas volumineux et après échec de l'hystéropexie abdominale. Lejars ne la pratique que dans les prolapsus complets, incoercibles et douloureux.

La discussion récente de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiâtrie (1904) a de nouveau remis cette question sur le tapis. Richelot, Routier, Delbet, Faure, se déclarent partisans de l'hystérectomie vaginale. Legueu seul préconise l'abdominale. Ses idées avaient déjà été émises par son élève d'Ardilouze (1). Dans les cas très rares où Legueu juge l'ablation de l'utérus indiquée, il fait une hystérectomie abdominale supra-vaginale avec fixation du moignon cervical à l'angle inférieur de

(1) Ardilouze. — De l'hystérectomie abdominale dans le prolapsus utérin complet. Th. Paris 1902-1903.

la plaie. Il reproche à la vaginale d'être une opération très saignante et de rendre presque impossible la fixation haute du dôme vaginal. Routier signalait encore récemment ces cas où le tissu périutérin est transformé en un véritable tissu caverneux très difficile à hémostasier.

L'hémorrhagie possible n'est certainement pas un obstacle à l'hystérectomie vaginale. La technique maintenant parfaitement réglée, l'opération qui se fait en dehors du vagin, pour ainsi dire, rendent l'hémostase toujours parfaitement possible si elle reste un temps délicat de l'opération. Le maintien du dôme vaginal est parfaitement réalisable avec la technique indiquée par Quénu, Tuffier, etc.

Mais on pourrait faire une importante objection à Legueu. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que l'ablation de l'utérus ne suffit pas, à elle seule, à guérir le prolapsus génital. Il faut de toute nécessité y associer une opération plastique sur le périnée. Or, il est peut-être excessif de faire en une même séance une hystérectomie abdominale et une colpo-périnéorrhaphie. Il faudra donc faire subir à la malade deux opérations, lui faire courir deux fois les risques de la chloroformisation, lui imposer un double séjour au lit sans qu'une supériorité très marquée de l'hystérectomie abdominale justifie ces graves inconvénients.

En dehors de la question d'âge que nous avons discutée, ni la crainte de l'hémorrhagie, ni celle de blesser la vessie, blessure facilement évitable par la manœuvre de Pozzi (sonde dans la vessie), ne justifient l'abandon de cette opération. Seules, les femmes atteintes de débi-

lité sénile ou de déchéance vitale résultant de maladies du cœur, du poumon et des reins ne seront pas justiciables de l'opération. Nous insistons sur l'examen attentif de l'élimination urinaire des malades atteintes de prolapsus, leurs reins étant souvent en mauvais état ainsi qu'en témoigne l'observation récente de Mouchet et Dreyfus (1).

« Il n'y a pas de manuel opératoire spécial pour enlever un utérus prolabé si ce n'est qu'au lieu de l'abaisser avec une pince à traction, on est plutôt obligé de le soutenir. On opère constamment en dehors de la vulve, on a toutes les parties sous les yeux, on pince et on lie les vaisseaux *de visu*, c'est la plus simple des hystérectomies. » (Richelot).

Comme une opération périnéale complémentaire est indispensable, l'emploi des pinces à demeure n'est plus de mise et il faut recourir aux ligatures. Quénu, dans son rapport, pose ainsi les conditions d'un bon traitement du prolapsus : 1°) diminuer le poids de l'organe ; il est de toute évidence que l'hystérectomie vaginale répond au maximum de cette indication : 2°) Restaurer le soutènement vagino-périnéal. L'hystérectomie vaginale ne saurait être d'aucune efficacité pour cela et seule une opération plastique remplira cette condition. L'hystéropexie ne donne pas de meilleurs résultats et nécessite, elle aussi, une périnéorrhaphie complémentaire. 3°) Refaire l'appareil de fixation. Robert Asch a bien montré que la cicatrisation du péritoine et de ligaments utérins amène

(1) *Tribune médicale* 1904.

leur rétraction vers la cavité abdominale et que le reste du vagin est maintenu relevé par rétraction : d'où la nécessité de fixer les pédicules au vagin. Quénu par son procédé spécial répond à cette indication.

Après hémisection de l'utérus, il lie en chaîne les deux ligaments larges au moyen de 3 fils dont il ne conserve qu'un chef. Une fois l'utérus enlevé, il lie chaque fil du côté droit avec celui du côté gauche. Les deux moignons sont ainsi réunis l'un à l'autre de manière à faire une sorte d'écharpe qui soutient les efforts abdominaux.

Le vagin est ensuite fermé, refoulé et maintenu pendant trois semaines par un tamponnement vaginal (1). Dans la même séance, une colpopérinéorrhaphie termine l'opération.

La même indication fut remplie par Delbet au moyen de sa colpocystopexie et par Tuffier qui fixe par la voie abdominale le pédicule vaginal à la paroi. Ces deux procédés, dont le dernier a le grand inconvénient de nécessiter une laparotomie, paraissent donner de moins bons résultats. Quelques chirurgiens ont essayé de faire de l'hystérectomie et de l'opération vaginale une seule opération (procédé de Fritsch modifié par Pozzi). On peut également citer un procédé de Doyen.

S'il nous fallait choisir, nous recommanderions la manière de faire de Quénu qui est simple, facile à exécuter et qui donne de bons résultats. Sa facilité a permis à Pichevin de l'exécuter sans difficulté à l'aide de l'anesthésie locale par la cocaïne.

Les suites immédiates sont d'une remarquable béni-

(1) Quénu. — Bul. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. 1893.

gnité. Jamais il n'y a de réaction et cela est tellement la règle que beaucoup jugent inutile d'isoler ces opérées et leur permettent sans inconvénient de rentrer dans la salle commune.

Les résultats fonctionnels sont excellents. Il faut, dans les statistiques publiées, faire la distinction très nette entre celles mentionnant les prolapsus traités par l'hystérectomie seule et celles où une opération périnéale complémentaire lui fut associée.

Parmi les premières, Richelot (1) eut 4 récidives sur 5 opérations. Zolonitzky (2) sur 62 cas a 23 récidives.

Tout autres sont les résultats des statistiques publiées sur la deuxième catégorie de faits. Helena Frederike Stezner (3) divise sa statistique en deux parties : la première partie traite des résultats opératoires, la deuxième des résultats fonctionnels.

1°) Résultats opératoires.

Cas de von Herf (de Halle).

Nombre, 32. — Morts, 2.

Malades ayant répondu, 29 dont 15 ont été examinées.

Léger abaissement, 18,

Guérison complète, 11,

Mauvais résultats, 2.

Cas de Brunn (de Bâle).

Nombre, 58. — Morts, 2.

---

(1) Richelot. — Chirurgie de l'utérus, de la vulve et du vagin.

(2) Zolonitzky. — Thèse de Paris 1874.

(3) Helena Frederike Stezner. — Résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale pour prolapsus. Thèse de Halle 1902.

Ayant répondu, 43 dont 22 furent examinées.

Guérison relative sans récidive, 9,

Légère récidive....., 2,

Guérison absolue....., 32.

2°) Résultats fonctionnels.

Cas de von Herf.

Capacité de travail *complète*, 16 cas.

9 avec guérison locale totale,

7 avec guérison locale partielle.

Capacité de travail *diminuée*, 13 cas.

2 avec guérison locale totale,

11 avec guérison locale partielle.

Cas de Brunn.

Capacité de travail *complète*, 40 cas.

30 avec guérison locale totale,

10 avec guérison locale partielle.

Capacité de travail *diminuée*, 3 cas.

2 avec guérison locale totale

1 avec guérison locale partielle.

Il n'est pas fait mention du procédé opératoire employé.

Kautacowicz (1) mentionne 9 malades opérées suivant la méthode de Fritsch avec conservation des ovaires. Toutes les opérées sont restées guéries et ont pu recommencer à travailler.

Forsell (2) rapporte les résultats de la clinique de Engstrom qui portent 54 cas. Le procédé employé fut

(1) Kautacowicz-Zeitschrift Herrn Prof. V. Fritsch, Leipzig 1902.

(2) Forsell. — Nouveaux résultats relatifs à l'extirpation de la matrice et à la résection du vagin dans les prolapsus graves des vieilles femmes (Mittheilungen aus der gynek klinik Prof. O. Engstrom 1903.

celui de Martin-Edebolhs, résection du vagin et de l'utérus. Toutes les opérées avaient dépassé la ménopause. Sur 54 femmes, 43 ont pu être revues. Sauf un cas datant de 1 an, tous remontaient de 3 à 8 ans. 5 cas seulement étaient mauvais ; dans les 38 autres, il n'y avait pas de récidive.

Asch (1) donne les résultats comparés des statistiques anciennes et récentes. Les premières donnaient 59 % de guérison, tandis que les secondes donnent 94 % de guérison et 98,5 % de capacité de travail. Il attribue ce fait à l'association de l'hystérectomie vaginale aux opérations plastiques. Il donne sa statistique personnelle qui porte sur 35 cas, 6 malades n'ont pas été revues, une est morte, 28 ont été revues et une a répondu par lettre. Cette dernière écrit qu'elle se sent bien et qu'elle est capable de travailler.

27 ont été examinées :

Très bons résultats 24,
Relativement..... 1,
Récidives..... 2.

En les interrogeant, on apprend que toutes se sentent en bonne santé et sont capables de travailler.

Cette dernière statistique est particulièrement instructive, car elle nous montre combien l'hystérectomie vaginale est une excellente opération dans le cas de prolapsus utérin des vieilles femmes, opération que l'on peut conseiller sans réserves, à condition naturellement de l'associer à une opération plastique portant sur le périnée.

(1) Asch. — Klin. therap. Wochenschrift Wien, 1903, n° 27.

CHAPITRE III

Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale dans les fibromes utérins

Depuis l'époque (1882) où Kottmann, puis Péan publièrent leurs premières hystérectomies vaginales pour fibromes utérins, cette opération, après avoir connu d'enthousiastes partisans, a vu se restreindre peu à peu ses indications au profit de l'hystérectomie abdominale, sa rivale justement triomphante. Beaucoup de chirurgiens aujourd'hui l'ont complètement bannie de la thérapeutique chirurgicale des fibromes. Elle conserve, néanmoins, à l'heure actuelle, quelques fidèles qui lui accordent une certaine supériorité dans des cas bien déterminés. Mais quel est l'état de l'opinion actuelle au sujet de la colpo-hystérectomie pour fibromes ?

Pozzi (1) après avoir recommandé l'hystérectomie vaginale par morcellement « pour toute masse fibromateuse utérine ou périutérine dont les limites ne dépassent pas le niveau de l'ombilic », a modifié cette ancienne opinion et déclare, au Congrès de Chirurgie de 1904, qu'il préfère la voie abdominale même pour les petits fibromes à cause

(1) Traité de gynécologie ; éd. 1897.

de la possibilité d'opérations conservatrices. Schwartz (1) considère l'hystérectomie vaginale dans les tumeurs moyennes et petites comme une opération généralement rapide et facile qui donne une mortalité opératoire extrêmement faible (1 à 2 °/₀ entre des mains exercées). Il réserve cette opération aux cas de fibromes sous-muqueux ou interstitiels multiples, de myomatose utérine généralisée, d'utérus géant, quand l'organe ne présente pas de dimensions excessives et se laisse facilement aborder par le vagin. Delbet (2) passe cette méthode sous un silence presque complet. Richelot (3) est resté, dans bien des cas, partisan de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes utérins : « appliquée à la cure des fibromes, bien indiquée et bien faite, la colpo-hystérectomie est une des interventions les plus bénignes de la chirurgie de l'utérus. » Mais, ajoute-t-il, « aujourd'hui que la méthode sus-pubienne a réalisé des progrès décisifs, pourquoi nous obstiner à jouer la difficulté? L'hystérectomie vaginale est excellente contre les fibromes toutes les fois que le volume ou la disposition des tumeurs n'exige pas de manœuvres de morcellement trop prolongées. » Labadie-Lagrave et Legueu (4) réservent l'opération vaginale aux fibrômes de petit volume, du volume du poing tout au plus, avec noyaux multiples, facilement accessibles à travers un vagin large, sans espoir de conservation, chez une femme âgée ou obèse. Dans

(1) Traité de Chirurgie clinique et opératoire (Le Dentu et Delbet).

(2) Traité de Chirurgie (Duplay-Reclus).

(3) Chirurgie de l'utérus de la vulve et du vagin. (Bibliothèque de Chirurgie contemporaine).

(4) Traité médico-chirurgical de gynécologie, éd. 1904.

ces cas-là, « elle est un véritable escamotage » et reste une excellente opération qui défie toute comparaison.

La question de l'hystérectomie vaginale a donc fréquemment été posée. Au Congrès de Chirurgie de 1904, Richelot considère la voie abdominale comme la voie de choix, mais il est loin de rejeter la vaginale qu'il réserve aux utérus petits et mobiles et aux parois abdominales épaisses et grasses. J.L. Faure approuve cette manière de voir mais Walther, avec Pozzi, donnent toutes leurs faveurs à la voie abdominale. Récemment, à la Société de Chirurgie de Paris (17 février 1904) une discussion s'est engagée à propos d'une pièce présentée par Monod. C'était un fibrome de la lèvre postérieure du col, enclavé dans le petit bassin et laissant indemne l'utérus au-dessus de lui. La voie abdominale choisie par l'opérateur avait été difficile et il demandait à la Société de lui donner une opinion sur la marche à suivre en pareil cas. Schwartz se prononce pour la voie abdominale, Segond et Potherat pour la vaginale, Routier, Pozzi et Pierre Delbet pour l'énucléation vaginale conservatrice.

Plus récemment encore s'est posée la question de la colpo-hystérectomie à la société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie (juillet — octobre — décembre).

J. L. Faure proclame le principe de la voie haute en matière de fibromes, mais conserve l'hystérectomie vaginale pour les cas où le diagnostic est certain, l'utérus petit et où l'opération semble devoir être facile : « J'accepte, dit-il, l'hystérectomie vaginale à titre exceptionnel dans les petits fibromes, d'autant plus qu'elle présente l'avantage, de second ordre à mes yeux, mais

cependant réel, d'éviter une cicatrice ». Routier ne fait la vaginale qu'en « tremblant dans la crainte des hémorrhagies secondaires » pour les petits fibromes et quand il veut ne pas laisser de cicatrice. Delbet n'admet la voie basse que pour des tentatives de conservation. Richelot conseille, en général, la voie sus-pubienne mais trouve un certain nombre d'indications à l'autre voie. Legueu réserve l'hystérectomie vaginale pour des cas exceptionnels : adiposité extrême de la paroi, désir formellement exprimé par la malade de n'avoir pas de cicatrice. Segond, enfin, enlevait autrefois par le vagin tout fibrome ne dépassant pas le niveau de l'ombilic. Il fait aujourd'hui quelques restrictions et ne fait plus la colpo-hystérectomie pour un fibrome même de hauteur sous-ombilicale quand le vagin est étroit, l'utérus haut situé et difficilement accessible ou développé en largeur et quand il y a des lésions annexielles concomitantes.

Telle est l'opinion française actuelle sur les indications de l'hystérectomie vaginale dans le cas particulier. En Allemagne, ses partisans semblent être plus nombreux qu'en France et semblent aussi en étendre un peu plus les indications. A la Société de gynécologie de Berlin (26 juin 1903), à l'occasion d'une communication de Mackenrodt sur l'opération des myomes par la voie vaginale, Olshausen préconise les opérations conservatrices.

Gottschalk se dit partisan de la voie vaginale, qu'il considère comme toujours moins grave. Pour lui, il n'y a de contre-indication que le fait de ne pouvoir

abaisser la tumeur dans le bassin et le cas où celle-ci dépasserait l'ombilic. S'il n'opère pas des tumeurs plus grosses c'est que l'opération dure trop longtemps. Brôse enlève toujours les myomes cervicaux moyens et petits *per vaginam* et conseille cette voie quand le pôle inférieur de la tumeur est gangrené. « Le choix entre l'abdominale et la vaginale dépend, dit-il, de l'expérience qu'a l'opérateur de la voie vaginale. Celui qui connaît bien la technique vaginale opérera par le vagin des cas qu'un autre n'osera aborder que par le ventre et, sur mes 30 cas d'hystérectomie vaginale pour fibromes, il y en a au moins 16 qu'il y a cinq ou six ans j'aurais traités par l'abdomen ».

Freund rejette la voie abdominale pour les fibromes sphacélés et adopte l'une des deux voies suivant le volume de l'utérus.

Mackenrodt préconise aussi la voie basse pour les fibromes sphacélés. Enfin nous voyons Fritsch (1) être partisan de la voie vaginale: « Dans les myomes, le choix du chemin dépend essentiellement de la largeur du vagin. Le volume de la tumeur importe beaucoup moins ».

Nous avons eu l'occasion, au début de ce travail, de parler de l'opinion anglaise sur le traitement des fibromes et de voir que la vaginale est loin d'y être délaissée.

Si nous résumons les diverses opinions émises, nous voyons que l'hystérectomie vaginale a perdu, dans le traitement des fibromes, une grande partie de ses an-

(1) Centalb. für Gyn. 1903, p. 1474.

ciennes indications. Cet état de choses est dû, pour beaucoup, à des causes rapidement évoquées par nous au début de ce travail. Ici plus que dans tout autre cas peut-être, il faut tenir compte de l'habitude perdue d'opérer par la voie vaginale. On ne pense pas à cette voie alors même qu'elle est la plus indiquée. Il semble même que pour quelques-uns, l'opération par la voie abdominale soit une sorte de dogme hors lequel il n'y aurait point de salut. Cependant on a pu avec justesse formuler quelques reproches à l'hystérectomie vaginale appliquée aux fibromes utérins.

Ces reproches ont été examinés dans la première partie de ce travail.

Nous leur avons déjà trouvé quelques correctifs. Nous répéterons seulement ici que s'il ne faut pas trop demander à l'hystérectomie vaginale, il convient cependant de lui demander tout ce qu'elle peut encore donner avec avantage.

Nous étudierons donc ses indications actuelles dans le cas particulier.

L'hystérectomie vaginale doit être pratiquée pour certains fibromes et chez certains malades. C'est dire qu'on pourra en tirer les indications de la tumeur et de la malade.

Un *diagnostic précis*, aussi précis que possible, est indispensable, car la voie vaginale ne saurait être érigée en voie d'exploration.

Dans le doute, plus d'hésitation à employer la laparotomie. Du *volume* de la tumeur on peut encore tirer une indication. Ce volume a jadis beaucoup préoccupé

les auteurs. Il faut en diminuer l'importance aujourd'hui pour accorder toute attention aux autres caractères de la tumeur.

L'opération vaginale triomphe dans les cas de myomatose généralisée à tout l'organe, de sclérose utérine où l'utérus est uniformément augmenté de volume. Elle est encore indiquée dans les fibromes à évolution vaginale, qu'ils soient sous-muqueux ou interstitiels. Elle l'est moins quand ils sont sous-péritonéaux et surtout pédiculés, si faciles alors à cueillir par la laparotomie.

Quel que soit le *siège* du fibrome dans le tissu utérin, sa *forme* est à considérer. Un fibrome même volumineux ovoïde allongé dans le sens vertical, s'engageant facilement dans le bassin s'enlève très bien par le vagin. Au contraire, une tumeur moins volumineuse mais étalée transversalement et fixée au-dessus du détroit supérieur attirant en haut l'utérus effilé et devenu inaccessible, ne pourra guère être abordée que par le ventre.

La *situation* du fibrome sur la partie inférieure des faces antérieure et postérieure de l'utérus (corps ou col) son enclavement dans les ligaments larges, sont des indications à l'hystérectomie vaginale. Ses *connexions* sont plus importantes encore. Il faut, en effet, qu'il soit libre d'adhérences aux organes du voisinage.

D'autres indications à la voie vaginale sont fournies par le *sphacèle* de la tumeur (Mackenrodt, Freund, Brose).

Les petits fibromes ne nécessitent pas toujours de traitement radical. Quelquefois cependant, le danger vient des hémorragies qu'ils causent et conduit ainsi à la

colpo-hystérectomie qui, surtout alors, prend l'allure d'un « véritable escamotage. »

Telles sont les indications fournies par la tumeur. Il en est d'autres fournies par la malade elle-même C'est ainsi qu'un vagin spacieux pourra faire pencher la balance en faveur de la vaginale. Il en est de même d'une paroi abdominale épaisse. Ce sont deux indications qu'on trouve d'ailleurs fréquemment réunies. Nous ne redirons pas ici les raisons qui peuvent amener le chirurgien à ménager la paroi et qui peuvent constituer autant d'indications à une opération qui l'épargne.

Enfin le shock opératoire infiniment moindre de la vaginale la fera employer quand on aura affaire à des femmes épuisées par l'hémorragie, quand la malade sera obèse, emphysémateuse, dans toutes les occasions où la laparotomie constituerait une intervention d'une extrême gravité.

Mais il y a aussi des contre-indications à l'opération par la voie vaginale. C'est l'étroitesse du vagin, étroitesse quelquefois due à une sorte de sclérose de ce conduit, M. le Professeur Le Dentu (1) nous signalait récemment deux cas où cette sclérose vaginale l'avait beaucoup gêné. C'est encore la possibilité de pratiquer par la laparotomie une opération conservatrice (fibromes pédiculés ou sous péritonéaux). C'est le volume excessif de la tumeur, c'est le soupçon d'adhérences avec les organes voisins, c'est enfin la présence de lésions annexielles (Segond) que des tractions sur la tumeur risqueraient de rompre dans le péritoine. L'existence d'une appendicite

(1) Communication orale.

concomitante (ce qui n'est pas rare) inclinera le chirurgien à pratiquer une opération abdominale. Enfin, et cette dernière contre-indication est formelle, l'incertitude du diagnostic ne saurait s'accorder avec la possibilité d'une hystérectomie vaginale.

Telles sont, croyons-nous, les indications actuelles, brièvement abordées, de l'hystérectomie vaginale dans les fibromes utérins. Elles sont encore, comme on voit, assez nombreuses pour que cette opération revendique une place honorable quoique justement restreinte, dans la thérapeutique chirurgicale des tumeurs fibreuses de l'utérus.

Nous ajouterons ici une nouvelle considération de nature à étendre les indications précédentes. La crainte de voir dégénérer le moignon cervical, laissé par la subtotale si fréquemment employée actuellement pourrait, en effet, décider certains chirurgiens à choisir la voie vaginale pour faire une hystérectomie totale.

Pour ce qui concerne enfin les fibromes utérins compliqués de grossesse, nous pensons que l'hystérectomie vaginale ne peut y trouver que de très rares indications. Il faut, en effet, poser d'adord les indications à l'intervention opératoire. « Il n'est pas rare, dit Morestin (1), que la grossesse aboutisse à son terme régulier, après une évolution normale... Une foule de travaux en témoignent d'une manière générale, il convient, d'attendre, de n'intervenir que si l'on prévoit quelque complication prochaine et pour l'avenir une dystocie assurée. Mais il ne s'agit plus de l'expectation résignée de nos prédécesseurs. »

(1) *Bull. de la Soc. Anat.* novembre 1900.

Une fois l'intervention décidée, on ne peut guère s'adresser qu'à la voie abdominale. Elle seule permet suivant les circonstances et suivant les chirurgiens, soit une opération conservatrice, soit une opération radicale.

CHAPITRE IV

Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus.

La question du cancer mérite, jusqu'à plus ample informé, de ne pas quitter l'ordre du jour thérapeutique. Dans notre sphère de travail, le traitement chirurgical du cancer de l'utérus, s'offre à nous avec les problèmes les plus difficiles à résoudre et une part de mystère jusqu'à présent inéclairci. On comprendra combien est ardue notre tâche d'y préciser les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale. Pour ce faire, le temps nous fait défaut, le temps et les documents. Nous ne voulons certes pas dire que les documents écrits ou oraux nous aient manqué pour cette étude à la fois décevante et intéressante. Livres, congrès, bulletins de sociétés savantes, toute la littérature médicale et chirurgicale est pleine de faits, pleine aussi d'hypothèses et d'illusions sur le sujet qui nous occupe. Grimoud (1) dans une thèse remarquable et toute récente a bien mis au point l'état actuel de la question du cancer de l'utérus et de sa thé-

(1) Grimoud. — La lutte contre le cancer de l'utérus. *Thèse* de Toulouse Novembre 1904.

rapeutique, outre les documents habituels, il a eu l'heureuse idée de faire un appel direct aux chirurgiens du monde entier. Il a pu recueillir ainsi de nombreuses lettres, instructives au plus haut degré, peu faites cependant pour apaiser nos doutes et résoudre notre perplexité. Nous voyons des chirurgiens également habiles, également de bonne foi, y soutenir des opinions diamétralement opposées quant à la voie opératoire à choisir et baser ces opinions sur des faits et sur des raisonnements en apparence irréfutables pour chacun d'eux. De tout ce faisceau de pensées diverses, il ressort que le cancer de l'utérus évolue suivant des lois restées mystérieuses par bien des côtés. Seul, le microscope peut donner la preuve de certaines propagations et chercher, sans y parvenir toujours, à en démêler les étapes et les lois. Et encore, ce microscope n'intervient-il qu'une fois les pièces enlevées et la thérapeutique appliquée !

Si certaines conditions étaient réalisées, si certaines preuves données, c'est ici que l'hystérectomie vaginale devrait perdre la majorité, sinon la totalité de ces indications qu'elle possède d'une façon quasi définitives dans les autres affections utéro-annexielles. Il n'est plus question de sa difficulté, de sa gravité opératoire; c'est son inefficacité, c'est l'insuffisance de ses résultats éloignés qu'on incrimine.

Mais toute la discussion actuelle pivote autour de la voie à suivre. Etudions donc à ce point de vue l'évolution des idées au cours de ces dernières années. A la société de chirurgie (1899) on s'est longuement occupé de cette question.

Picqué, le premier à prendre la parole, montre pour l'hystérectomie vaginale peu d'enthousiasme, sans la rejeter pourtant. Reynier prend parti pour la voie abdominale, mais s'il tâche d'enlever les ganglions « du mieux qu'il peut », il ne partage pas « l'optimisme de ceux qui croient par cette exérèse se mettre à l'abri des récidives ou en reculer l'apparition ». Ricard adopte la voie haute et communique 9 cas avec 1 décès. Ces cas ont été choisis, dit-il, parmi les plus mauvais, vagin et ligaments larges étaient envahis. Segond répond que le pronostic opératoire dans ces cas est déplorable et que le résultat thérapeutique ne vaut pas mieux. Ses opinions qui n'ont pas varié à l'heure actuelle ont été consignées avec ses statistiques dans la thèse de Bigeard (1). Il formule pour l'hystérectomie vaginale les indications suivantes :

« *D'une part les tumeurs assez petites pour que leur extraction n'exige pas un morcellement trop complexe, compromettant par conséquent au point de vue des inoculations pelviennes ; d'autre part, quel que soit le volume de la tumeur du corps, il ne faut pas qu'elle se complique de ramollissement du col ainsi que cela se voit très souvent. Dans ces deux cas, l'hystérectomie vaginale est toujours difficile et dangereuse. A la vaginale, revient tous les cancers du col et les cancers du corps assez petits pour être enlevés sans risques de contamination péritonéale. C'est à l'hystérectomie abdominale qu'il faut recourir pour tous les cancers du corps, compliqués de ramollissement du col ou trop gros pour passer par le vagin, sans morcellement de quelque importance.* »

(1) Bigeard. — *Thèse* de Paris 1898-1899.

Terrier prend la parole pour déclarer déplorables les résultats de l'hystérestomie abdominale et avouer qu'elle n'a pas gagné sur la vaginale jadis défendue par lui contre Verneuil. Il s'efforce d'enlever tout le tissu malade, mais « *quant à la dissection des voies lymphatiques, je suis, dit-it, trop peu anatomiste et trop chirurgien pour la tenter, voire même pour y songer sérieusement.* »

Richelot, sans refuser à l'abdominale certains cas d'ailleurs difficiles à juger, prend parti pour l'hystérectomie vaginale et déclare que *dans les cas nettement circonscrits, outre la mortalité presque nulle, elle a pu lui donner une proportion qui n'est pas inférieure à 10 % de survies prolongées et de guérison quasi-définitives.*

Mais nous en arrivons, après trois ans, au Congrès international de gynécologie de Rome (1902) et là, d'éminents chirurgiens apportent au débat une note et un intérêt nouveaux. Cullen de (Baltimore) chargé d'un rapport sur le traitement opératoire du cancer de l'utérus adopte la manière de Wertheim. Il rejette la voie vaginale « dont l'usage, dit-il, diminue de jour en jour », et ne la réserve qu'aux femmes obèses ou l'opération est difficile. Jonnesco (de Bucarest) rappelle les conclusions de Wertheim sur *la précocité de la dégénérescence des ganglions régionaux, sur leur prise même dans le cancer au début, sur l'impossibilité d'affirmer leur dégénérescence d'avance et sans examen microscopique. Vu l'incertitude dans laquelle on se trouve de l'existence ou de la non existence d'une propagation paramè-*

trique et ganglionnaire tant cliniquement qu'après l'examen direct, il conclut que la seule opération rationnelle est l'extirpation par voie abdominale avec évidement complet lombo-pelvien. Il décrit ensuite sa technique et fournit une statistique donnant une mortalité opératoire de 5,35 % dans les cas de cancer limité et de 34,5 % dans ceux plus ou moins étendus. En définitive pour lui, seule la voie abdominale permet l'exérèse large. Aussi réserve-t-il la vaginale aux opérations palliatives et partielles.

Wertheim (de Vienne) vient donner un appui aux déclarations de Jonnesco. Grâce à sa technique, il a pu opérer jusqu'à 50 % des cas qui se sont présentés à lui tandis que Schauta et Chrobak n'en opèrent que 15 % par voie vaginale. Il ne donne pas encore ses résultats éloignés car il exige 5 années de survie sans récidive pour conclure à une guérison définitive. Freund (de Berlin), Poten (de Hanovre), Jacobs (de Bruxelles) partagent son opinion.

Mais malgré la force apparente des arguments fournis par Wertheim et par Jonnesco, beaucoup de voix, celles mêmes de quelques partisans de la voie abdominale, se sont élevées en faveur d'une intervention plus modérée. Pozzi (1), dans un rapport très documenté n'admet qu'un traitement palliatif pour les cas où le néoplasme a dépassé les limites de l'utérus de manière à diminuer sa mobilité et à indurer largement les parties voisines. *Il déclare exagéré le rôle des ganglions dans les accidents terminaux et les récidives post-opératoires et ne croit*

(1) Voir *Presse médicale* 17 septembre 1902, p. 891.

pas à la possibilité de leur complète extirpation. La voie abdominale ne saurait donc être indiquée uniquement par la nécessité d'enlever les ganglions.

Elle est plus grave que la vaginale en augmentant les chances d'infection et doit être réservée aux cas où la laparotomie donne des facilités particulières (dans les cas d'étroitesse du vagin, de friabilité extrême du col, d'amincissement de la paroi antérieure de l'utérus, d'extrême volume du corps, de mobilité diminuée). Pour lui également, les grands délabrements pelviens constituent des opérations dont la gravité est excessive eu égard au résultat obtenu. *L'hystérectomie vaginale qui expose moins à l'infection reste le traitement de choix dans les cas malheureusement trop rares où l'utérus est demeuré mobile et où les parties voisines sont sans induration.*

Mackenrodt (de Berlin) préfère la voie abdominale qui permet de mieux enlever les tissus malades, n'emploie l'hystérectomie vaginale qne quand les glanglions ne sont pas pris, mais *croit, à l'encontre de Wertheim, que l'ablation de tous les ganglions est anatomiquement impossible.*

Morisani (de Naples) préconise l'abdominale, mais seulement dans les néoplasmes limités. Il reconnaît sa supériorité dans le fait qu'on peut directement inspecter la cavité abdominale et ne pas opérer. Zweifel (de Berlin) est persuadé qu'il est rationnel d'étendre l'opération, mais trouve encore des indications à la voie vaginale.

Mais d'autres voix s'élèvent encore, et celles-là pour

recommander l'opération vaginale. Guttierez (de Madrid) la trouve plus rapide, moins dangereuse et susceptible de survies plus longues que celles offertes par la voie sus-pubienne. Treub (d'Amsterdam) l'emploie parfaitement.

Si nous nous en rapportons maintenant à l'enquête de Grimoud, document récent s'il en fut, nous voyons qu'en France la méthode de Jonnesco n'a rencontré qu'un petit nombre de partisans, même parmi ceux qui ont une prédilection marquée pour la voie abdominale. Walther ne l'a jamais faite. Il n'en est pas plus satisfait pour cela des résultats éloignés qu'il a pu obtenir « même dans les cancers limités avec ligaments larges absolument souples et cul-de-sac vaginaux intacts. »

Schwartz a complètement abandonné la voie vaginale dans les cas où l'opération lui paraît encore possible (intégrité apparente de ligaments larges, non envahissement des culs-de-sac), mais il ne fait pas l'évidement méthodique de Wertheim-Jonnesco. Tuffier fait l'abdominale quand la tumeur est bien limitée au col ; dans les autres cas, il se contente d'un traitement palliatif. Montprofit (d'Angers), partisan depuis longtemps de l'opération abdominale totale, ne l'applique qu'aux cancers encore limités de la matrice et rejette la méthode de l'évidement pelvien. Ainsi font Chaput, Marion, Moulonguet (d'Amiens).

Si d'autres chirurgiens sont éclectiques pour la voie à choisir (Pozzi, Monod, Bazy), d'autres préfèrent nettement la vaginale. Le Dentu « s'en tiendra, jusqu'à nouvel ordre, à l'hystérectomie vaginale précoce autant que

possible » et continuera à « s'abstenir lorsque les conditions dans lesquelles se trouvent les malades sont mauvaises. » Richelot restreint, autant que possible, les indications de la voie abdominale. Segond reste sur ses anciennes conclusions.

A l'étranger, les opinions sont aussi divisées. En Allemagne, si Rosthorn et Pfannensliel ont répondu par lettre à Grimond se déclarant partisans de l'évidement pelvien Kouwer (d'Utrecht) n'extirpe pas les glandes lymphatiques, Fehling n'a pas abandonné la voie vaginale et l'emploie encore « principalement dans les cas de cancer du col, si le cancer n'a pas dépassé le col et dans le cas où le résultat premier est important, c'est-à-dire où la sûreté de l'opération vaginale donne 3, 5% de mortalité tandis que l'opération est indispensable. Car l'opération abdominale de Werthein en donne 10 et 20%. » Gottschalk (de Berlin) pratique l'opération radicale par les deux voies, la vaginale dans les cancers qui arrivent au début, l'abdominale dans les autres cas. Hofmeier considère l'opération abdominale avec ablation de ganglions comme inutile dans beaucoup de cas ou impossible dans d'autres. Il croit que le choix de la méthode opératoire dépend beaucoup de l'âge et de la résistanee des malades. Werth (de Kiel) s'adresse à l'hystérectomie vaginale jusque dans les cas les plus avancés. Winter « préfère, pour l'extirpation de de l'utérus cancéreux, la voie vaginale, et ne fait cette extirpation qu'avec la grande incision paravaginale de Schuchardt-Landau préfère également la voie basse.

Beaucoup de lettres parvenues d'Amérique à Grimond

sont plutôt favorables à l'hystérectomie vaginale. Elle est pratiquée par Boldt, Janvrin et Polk (de New-York), Byford (de Chicago), Burrage (de Boston). Baldy (de Philadelphie) emploie l'abdominale mais sans évidement du bassin. Kelly et Irish sont cependant partisans de la méthode de Wertheim.

Les lettres de Handfield Jones (de Londres) et Taylor de Birmingham ont montré que la voie vaginale avait leur prédilection.

Nous voici donc amené à ranger des méthodes pour aborder le cancer utérin en trois catégories :

1°) Une *méthode abdominale* avec l'évidement lombo-pelvien que Wertheim et Jonnesco prétendent mener aussi loin qu'il est nécessaire ;

2°) Une *méthode abdominale encore*, mais celle-là plus modeste dans son programme, n'enlevant que l'utérus et le paramètre suspect sans chercher à faire plus ;

3°) une *méthode vaginale* dont les prétentions à l'exérèse totale sont forcément réduites au minimum. Nous devons signaler à côté de cette troisième méthode le procédé de Schuchardt qui permettrait une extirpation au moins égale à celle de l'abdominale sans évidement.

Chacune de ces méthodes possède ses partisans. Pour les discuter, nous ferons un usage aussi restreint que possible des statistiques. Elles sont, en général, peu convaincantes car les cas qu'elles envisagent ne sont pas superposables et d'ailleurs, dit Olshausen : « Nous ne sommes pas créés pour faire des statistiques mais pour conserver la vie à autant de malades que possible (1) ».

(1) Travail de Nicolas Flaischlen in Centralb. für gyn, 1903, p. 1557.

La méthode abdominale de Wertheim-Jonnesco est-elle justifiée ? Peut-elle remplir le programme qu'elle se propose, à savoir l'extirpation de l'utérus, de ses voies lymphatiques et du tissu cellulaire pelvien, de tout ce qui, malade et laissé, pourrait être le point de départ d'une récidive à plus ou moins brève échéance ? Nous pouvons en douter avec la majorité des auteurs qui en nient la possibilité au nom de leur sens clinique et des faits journellement observés par eux. Ses partisans eux-mêmes ne peuvent jusqu'à présent prétendre à des guérisons définitives plus nombreuses que celles des autres méthodes. Outre la gravité d'une pareille opération la difficulté en est grande et les risques nombreux.

Les recherches même de Wertheim ne nous ont-elles pas appris que rien n'était plus capricieux que la forme et la direction de la propagation cancéreuse ? Des ganglions en apparence normaux n'ont-ils pas été trouvés dégénérés ? Des ganglions augmentés de volume n'ont-ils pas été reconnus simplement inflammatoires ?

Quels yeux et quels doigts pourraient se croire assez délicats pour discerner le bon du mauvais au fond d'une cavité pelvienne ? Segond n'a pu trouver de ganglions qu'une seule fois sur cinq hystérectomies abdominales (thèse de Bigeard).

La méthode de l'évidement pelvien n'est que l'application à l'utérus du principe général de la recherche ganglionnaire systématique dans la chirurgie du cancer. Mais l'examen des faits montre bien que la superposition n'est qu'apparente. On ne saurait comparer l'évidement ganglionnaire d'une aisselle et même d'un cou où tout

se fait avec des risques opératoires infimes et dans un territoire lymphatique relativement limité à celui du bassin qui doit se faire à péritoine ouvert. Dans les autres cancers eux-mêmes, l'extirpation ganglionnaire qu'on peut mener, pour ainsi dire, aussi loin qu'on le veut, ne s'est-elle pas d'ailleurs révélée maintes fois insuffisante? M. le Professeur Le Dentu (1) nous faisait récemment remarquer que dans ces cas, comme dans le cancer de l'utérus, les ganglions échappent souvent à la vue et au toucher.

Cette insuffisance de la méthode de Wertheim pouvait d'ailleurs être soupçonnée à priori. Dans une thèse récente, Marcille (2) a montré toute l'étendue du territoire lymphatique de l'utérus et cette étude suffit à démontrer d'une façon désespérante l'impossibilité d'une extirpation complète.

Pour obtenir ce résultat, en somme illusoire, il faut une opération grave au cours de laquelle peuvent survenir tous les accidents qu'on a si souvent reprochés à la voie vaginale. Les inoculations cancéreuses sont-elles plus évitables au cours d'une intervention qui ouvre tant de lymphatiques dans le tissu cellulaire du bassin? La dissection de l'uretère recommandée par beaucoup d'auteurs peut-elle aller sans risques? Si Sampson (3) s'appuyant sur ses expériences, déclare qu'on peut isoler l'urétère du rein à la vessie sans risque de sphacèle, il reste aussi vrai que cet accident a

(1) Communication orale.
(2) *Thèse* de Paris, 1902.
(3) John Hopkins-Hosp. Bull. février 1904, p. 89.

pu survenir, à cause probablement de modifications survenues dans la vascularisation de ce conduit.

La mortalité de ces opérations est d'ailleurs considérable. En vain Wertheim signale la possibilité de l'abaissement de cette mortalité, en vain déclare-t-il qu'il peut, par son procédé opérer 50 % des malades qui se présentent à lui ; cette mortalité est au plus haut degré impressionnante et nous savons d'audacieux chirurgiens qu'elle intimide.

Trouverons-nous dans les résultats éloignés quelque encouragement à entamer cette lutte où, comme dit J. L. Faure, nous marchons sur une route semée de cadavres ? On nous porte des chiffres, mais ils ne sont pas définitifs et ne gagnent pas à être opposés à ceux qui proviennent d'opérations plus modestes dans leur visée, mais plus sûres dans leurs résultats immédiats.

La seconde manière de faire est encore une tentative par voie abdominale. Elle se borne à enlever le paramètre suspect sans délabrements. Terrier « se sent trop peu anatomiste et trop chirurgien » pour tenter plus. Mais si nous nous trouvons en présence d'une opération infiniment moins grave que la première, elle n'en reste pas moins de son propre aveu, entachée du même reproche d'insuffisance. Ses résultats éloignés ne sont d'ailleurs pas brillants si sa mortalité est peu élevée entre certaines mains. Les bons résultats donnés par elle sont dûs à ce qu'elle s'adresse le plus souvent à des cancers limités à l'utérus ou peu envahissants. Nous verrons que l'hystérectomie vaginale ne prétend pas à plus d'exérèse tout en étant plus facile souvent et moins grave toujours.

Nous en arrivons donc à la troisième méthode, à l'hystérectomie vaginale. Elle se présente à nous avec de nombreux partisans. Dans un travail de Nicolas Flaischlen (de Berlin) (1) nous voyons Olshausen, Zuweifel, Hofmeier, Stande, Krönig, Schuchardt, Jordan, Küstner penser à la supériorité de la voie vaginale et à l'impossibilité d'enlever les lymphatiques utérins. Schuchardt prétend que son incision paravaginale permet mieux que la méthode de Wertheim et que celle de Mackenrodt d'enlever le paramètrium infiltré. « D'ailleurs, la mortalité de l'abdominale est une raison qui fait que beaucoup d'opérateurs ne veulent pas en entendre parler » et quand Freund la préconise Olshausen répond : « Nous ne sommes pas créés pour faire des statistiques mais pour conserver la vie à autant de malades que possible. Nous ne sommes donc jamais autorisés à pratiquer l'opération abdominale bien plus dangereuse dans les cas où l'opération vaginale met à peine la vie en danger et très probablement guérit aussi bien d'une façon radicale. » Dans ce même travail, on voit que Wertheim et Rosthorn donnent 13 % de mortalité opératoire abdominale, Pfannenstiel donne 20 % dans les cas simples, 39 % dans les cas graves, Winter 25 %, Spinelli 26 %. La méthode vaginale, au contraire, donne 5 % à Olshausen et à Winter, 4 1 2 % à Spinelli et 5,5 % à Zweifel. L'auteur donne aussi la statistique de Ruge (de Berlin). Cette statistique est intéressante car les malades ont été revues tout récemment, 48 cancers ont été opérés par voie vaginale avec 4 morts opératoires, 24 récidives,

(1) Centralb. für Gyn. 1903 p. 1557.

20 malades sans récidive. De ces 20 dernières, 17 vivent encore après une opération remontant de 7 à 18 ans. Ruge n'opère pas quand il y a infiltration du paramétrium, mais il opère néammoins quand il y a épaississement suspect du voisinage du col et quand le vagin est relativement peu pris. Tous ces cas ont été examinés histologiquement. Sur les 4 morts opératoires, 2 furent dues à l'infection ; dans les 2 autres cas, on avait affaire à un carcinome et à un sarcome gangrenés.

La statistique de Chrobak (1) comprend, de 1890-1900, 1374 cas de cancer sur lesquels 236 ont été opérés. Il fut pratiqué 213 hystérectomies vaginales totales. Chrobak opère même quand le paramètre et le vagin sont envahis, pourvu qu'il soit sûr de faire passer l'extirpation en parties saines. Dans 21 cas, il fut obligé de s'arrêter. Sur ces 213 opérations, il y a eu 12 morts soit 5,6 %. Il a 37 résultats durables remontant à 5 ans (34 %). Il a pratiqué 45 fois l'igni-extirpation.

Olshausen (2) a fait en 1901-1902. 210 hystérectomies pour cancer, 206 vaginales avec 15 morts et 4 abdominales avec 1 mort. A la rigueur, dit-il, l'opération abdominale peut être indiquée dans l'infiltration large du parémétrium et surtout pour parer aux lésions urinaires.

Jordan (de Heideberg) au Congrès Allemand de Chirurgie de 1901, déclare la mortalité 4 fois plus grande dans l'hystérectomie abdominale que dans la vaginale. Il pense qu'au point de vue opératoire : 1°) la méthode de choix est l'hystérectomie vaginale ; 2°) nous devons

(1) Beit. für Gebur. und Gyn. t. V. 1902.
(2) *Zeit fur Geb und Gyn.* 1903.

nous attacher en raison de cette mortalité plus grande à élargir le territoire des indications de l'opération vaginale l'hystérectomie abdominale ne devant être employée que quand la vaginale est contre-indiquée (coexistence avec gros fibromes et kystes ovariques).

Nous voyons donc l'hystérectomie vaginale réunir les suffrages de beaucoup. Elle a pour retenir leur faveur l'avantage incontestable de sa facilité fréquemment plus grande, sa mortalité peu élevée et des résultats éloignés qui n'ont aucune peine à soutenir la comparaison avec ceux obtenus par la voie abdominale.

Quels sont les cas où il conviendra de l'employer ? Ses indications générales, nous les avons maintes fois énumérées au cours de cet essai : perméabilité du vagin, épaisseur de la paroi, solidité suffisante du col, etc.

L'indication particulière serait remplie au maximum si nous arrivions à accepter avec de Paoli (de Pérouse), une hystérectomie vaginale préventive : chez toute femme « à hérédité chargée qui présente une grande faiblesse « du tissu utérin et des ulcérations chroniques du « col, — chez toute femme, approchant de la méno- « pause qui présente des ulcérations rebelles du col, « récidivant malgré le traitement ordinaire, — chez toute « femme qui, après la ménopause présente des hémor- « rhagies utérines graves, même s'il n'y a pas d'alté- « rations apparentes. »

Il semble indiscutable qu'il faudra faire l'hystérectomie vaginale toutes les fois que le cancer sera limité à l'utérus quand les culs-de-sac vaginaux seront souples et libres, quand les ligaments larges ne seront pas indurés, quand

le col utérin pourra offrir des prises assez solides aux pinces à traction, quand enfin on ne soupçonnera pas devoir faire un morcellement trop étendu.

Est-ce à dire que l'hystérectomie vaginale n'est réservée qu'à ces seuls cas ? On aurait alors de bien rares occasions de l'appliquer. Schuchardt prétend à une bonne exérèse à l'aide de son incision paravaginale. Sans même employer ce procédé dont Olshausen pense le plus grand bien, quelques chirurgiens Ruge, Chrobak et d'autres) ont pu obtenir des résultats satisfaisants dans les cas où le vagin un peu pris était cependant perméable où même la base des ligaments larges semblait infiltrée. Kœnig, Wertheim, Brose et Pfannenstiel n'ont-il pas montré l'existence de ganglions inflammatoires non cancéreux dans le voisinage des carcinomes ?

Même dans des cas plus avancés, on peut encore être conduit à pratiquer une excellente opération vaginale palliative.

Rejetterons-nous l'hystérectomie abdominale du traitement chirurgical du cancer de l'utérus ? Non certes, et elle y occupe une place très utile, quoique restreinte, à notre avis, aux cas où l'opération vaginale est contre-indiquée. Nous adopterons donc la voie haute toutes les fois que le vagin est étroit, le col friable, le volume de l'utérus trop considérable (cancer du corps).

La grossesse survenant au cours du cancer utérin vient compliquer la question des indications opératoires. L'opération vaginale jouit d'autant de faveur que l'abdominale. Il semble que chacune d'elles puisse, le cas

échéant, trouver ses indications. Schrœder (1) récemment, rapporte un cas où il extirpa l'utérus au 6e mois de la grossesse. L'opération fut faite par la méthode de Schuchardt. Schrœder attribue la mort du fœtus dans ce cas à la ligature des utérines et conseille de pratiquer la délivrance avant qu'aucune ligature soit placée sur le ligament large. Lewis (2) rapporte deux cas enlevés par voie abdominale. Pour lui, quand la maladie est confinée à l'utérus et qu'on peut avoir un espoir de guérir la mère et de sauver l'enfant, le traitement doit être radical et aussi prompt que possible. Dans les premiers mois, on doit tâcher de sauver la vie de la mère. L'opération devra alors être vaginale, l'abdominale étant plus difficile, plus sérieuse et moins bonne dans ses résultats. L'auteur se demande même en passant si l'abdominale peut trouver une indication en dehors de l'état gravide. *Dans les premiers mois, dit-il, l'expérience des opérateurs a été presque entièrement en faveur de la vaginale. L'abdominale est défavorable pour trois raisons : l'incision abdominale, le danger de l'infection, le risque de l'inoculation opératoire. Les raisons qui font préférer la vaginale et la rendent facile, sont : la largeur du vagin et la facilité avec laquelle on enlève l'utérus à cause de sa souplesse et de la laxité de ses ligaments. Quand le cancer est inopérable, tous les efforts du praticien doivent tendre à sauver l'enfant.*

Mais, pour Bouilly, toute femme enceinte et cancéreuse est perdue. La conduite à tenir, c'est l'abandon

(1) *Centralb. f. Gyn.* 4 oct. 1902.

(2) *Brit. med. journal* 27 septembre 1902, p. 1953.

de la mère en faveur de l'enfant. Pinard conteste que la marche du cancer soit aggravée par l'état gravide.

La littérature obstétricale nous offre plus d'une observation de femmes ayant eu plusieurs grossesses dans un utérus cancéreux. Il n'est pas non plus prouvé que la femme opérée dans les trois premiers mois survive plus longtemps que celle abandonnée à elle-même. Au delà du 7e mois, devancer le terme est une pratique déplorable pour l'enfant. L'opération n'est pas plus grave chez la femme en travail, quand elle n'est pas en travail depuis trop longtemps. Pour toutes ces raisons, dit Pinard : « Pendant la grossesse, quel que soit l'âge de cette dernière, l'expectative doit être la règle. Pendant le travail, si toutes les périodes s'accomplissent normalement, laisser la femme accoucher spontanément. Si la dilatation est entravée par l'induration des tissus, éviter les débridements et les déchirures, pratiquer tout de suite la laparotomie et l'hystérectomie pour extraire le fœtus et amputer la portion amputable de l'utérus. » Varnier Champetier de Ribes veulent qu'à partir du jour où une cancéreuse est enceinte, tous nos efforts se concentrent sur cette idée : « mener l'enfant à terme ou le plus près possible du terme dans les meilleures conditions possibles. »

Pour les derniers mois, Segond, Pozzi, Legueu n'hésitent pas à prendre le parti de l'enfant, conseillant l'opération la plus simple dans le cas de cancer non limité. Quand le cancer est limité, ils rejettent le Porro pour adopter l'abdominale totale. Mais dès les premiers mois, ils mettent au premier plan l'intérêt de la mère.

En somme, si dans le cas de cancer avec grossesse,

la voie abdominale trouve son emploi fréquent surtout en ce qui concerne les cas où le cancer est non limité et la grossesse à terme, la voie vaginale trouve aussi ses indications soit au début de la grossesse, soit même plus tard. Ces indications ont été bien vues par Lewis. Elles sont, comme nous l'avons vu, tirées de la gravité fréquente de l'abdominale et de la facilité que donne la voie basse d'enlever par un vagin large un utérus remarquable par sa souplesse et la laxité de ses ligaments.

Dans le *déciduome malin*, les deux voies ont aussi été mises en pratique. Franqué (1) déclare que, dans cette affection, l'utérus doit toujours être abordé par le vagin. Il base son opinion sur ce fait que les malades arrivent dans un état de grand affaiblissement et que les métastases ganglionnaires sont exceptionnelles et tardives. Il cite un cas opéré en août 1895 qui reste encore indemne de récidive. L'opération avait eu lieu 4 mois et demi après la délivrance et 3 mois et demi après l'apparition des premières hémorragies.

Tout récemment (2), Lejars a communiqué un cas de déciduome malin greffé sur une môle et enlevé par hystérectomie vaginale. Il put enlever en masse l'utérus et les annexes sans incision médiane antérieure et sans répandre le contenu de la tumeur. Legueu, à ce propos. communique lui aussi, deux cas où il fit avec succès l'hystérectomie abdominale pour cette affection.

Nous voyons ici encore avec Franqué et Lejars des indications à la voie vaginale.

(1) Centralb. f. Gyn. 1902, page 1276.
(2) Société de Chirurgie. 18 Janvier 1805.

Pour enlever par le vagin un utérus cancéreux, le procédé importe peu et varie avec les habitudes de chacun. Les soins préliminaires ont été bien étudiés dans la thèse de Bigeard. Mackenrodt préconise l'igni extirpation pour éviter les inoculations opératoires. En tout cas, la destruction ignée des masses bourgeonnantes est une bonne précaution. Quand le vagin est envahi, une collerette péricervicale pourra sans difficulté particulière être pratiquée. Certains en suturent la périphérie au devant du col malade pour le fermer et protéger ainsi le champ opératoire. La méthode de Schuchardt (1) a peu de partisans en France.

Faudra-t-il enlever les annexes ? Autant que possible, il est indiqué de le faire. Clarke (2) a étudié la propagation du cancer aux annexes. Jayle et Bender (3) ont rapporté le cas d'une tumeur cancéreuse de l'ovaire survenue chez une femme ayant subi l'hystérectomie abdominale pour cancer utérin. Pawlik et Kelly préconisent le cathétérisme des uretères pour en prévenir la blessure. Cette précaution n'est utile le plus souvent que dans les cas d'envahissement accentué, où l'hystérectomie vaginale n'a pas sa raison d'être.

Enfin, si certains auteurs ont pu avec succès placer des ligatures sur les pédicules, nous ne pensons pas que cet exemple soit à imiter. Les pinces à demeure valent infiniment mieux. Nous savons au moins une circonstance où les ligatures étreignant des tissus friables ont pu glisser et déterminer de ce fait une hémorrhagie mortelle.

(1) Arch. f. Klin. Chir. 1901, p. 289.
(2) The American journal of. Obst. Octobre 1896.
(3) Bulletins de la Soc. Anat. Mars 1902.

CHAPITRE V

Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale dans les salpingo-ovarites

La laparotomie est l'opération de choix dans le traitement chirurgical de la *plus grande partie* des lésions annexielles. (Legueu), (1) c'est l'opinion généralement admise à l'heure actuelle ; elle l'est par ceux-mêmes qui comptent parmi les champions les plus convaincus de l'hystérectomie vaginale. Richelot (2) dit en parlant de la méthode abdominale : « pour combattre l'infection pelvienne, sa place au premier rang n'est pas discutable.... Si bien qu'après avoir fait, pendant quelques années, plus souvent l'hystérectomie vaginale dans les salpingites graves, aujourd'hui la proportion est renversée et plus souvent j'adopte la voie haute ». Segond (3) emploie fréquemment la voie abdominale dans les suppurations pelviennes mais c'est lui qui, de tous, trouve aujourd'hui le plus d'indications à la voie vaginale.

La laparotomie eut d'ailleurs ses partisans de la première heure, partisans déjà un peu exclusifs puisque

(1) Traité médico-chirurgical de gynécologie.
(2) Soc. d'obst. de Gyn. et de Péd. 10 octobre 1904.
(3) Soc. d'obst. de Gyn. et de Ped. 12 décembre 1904.

Le Dentu (1) pouvait dire : « Pour les diverses raisons que je viens d'énumérer, j'ai continué jusqu'ici à donner la préférence à la laparotomie. Je suis d'autant plus frappé de ses avantages que j'ai obtenu par elle une série de bons résultats dans des cas souvent très défavorables et que l'occasion de mettre en pratique l'hystérectomie vaginale dans les conditions où je la crois opportune ne s'est pas présentée à moi depuis que je la cherche sincèrement ». De même au Congrès d'Amsterdam (1899), Hartmann conclut non plus à la limitation des indications de la voie vaginale dans le traitement dés annexites mais au rejet absolu de cette voie qui, dit-il, « a marqué une étape dans la marche de la gynécologie mais qui, aujourd'hui, semble distancée d'une façon manifeste par l'opération abdominale modifiée ». Jonnescø, au même congrès, déclarait seule logique la voie abdominale. Il est vrai que la voix de Reynier s'élevait pour se proclamer partisan de la laparotomie mais aussi pour recommander la voie vaginale dans un certain nombre de cas de grandes suppurations pelviennes, trouvant pour ces cas l'abdominale trop grave.

En 1896, au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique de Genève, Bouilly dans un rapport remarquable à tous les points de vue avait déjà fait la part des deux opérations dans la thérapeutique des suppurations annexielles. Les conclusions de ce rapport vieux de bientôt dix ans, nous semblent pouvoir encore aujourd'hui être acceptées d'une façon presque complète. Mais le champ des indications de l'hystérectomie vagi-

(1) Gaz. des Hôp. 1892, p. 230.

nale se restreignait à mesure que l'abdominale se rapprochait de la quasi perfection actuelle.

Il serait long de passer en revue les perfectionnements que chaque jour apporte à la technique opératoire de la laparotomie. J.-L. Faure, dans son livre en a bien (1) mis en relief les principaux et les plus récents. Nous signalerons avec lui l'usage du plan incliné de Trendelenburg que Delagenière fit connaître en France en 1891. L'éclairage donné par ce dispositif au champ opératoire est sans égal et grâce à lui, le chirurgien peut admirablement voir tout ce qu'il fait. On a pu, il est vrai, lui faire un reproche de sa déclivité même qui permettrait aux liquides septiques d'infecter la grande séreuse sous-jacente à la région contaminée, mais ce reproche trouve un puissant correctif dans la protection soigneuse faite à l'aide des compresses et dans la ponction évacuatrice préalable des poches supurées. Les valves sus-pubiennes dont il est tant de modèles nouveaux constituent encore un réel progrès. L'instrumentation n'a presque plus rien à faire aujourd'hui pour toucher à la perfection. La possibilité d'un drainage abdominal ou abdomino-vaginal sous le contrôle direct de la vue, celle d'une péritonisation dont personne ne conteste plus l'utilité, sont autant d'avantages qui recommandent la voie abdominale aux gynécologistes. Enfin, les nombreux et bons procédés de l'hystérectomie abdominale, le principe aujourd'hui admis de l'énucléation des poches annexielles en procédant de bas en haut et de dedans en dehors, ont fait de la laparotomie une opération méthodiquement réglée au

(1) J.-L. Faure. Chirurgie des annexes de l'utérus.

cours de laquelle le nombre des surprises est réduit au minimum. On ne peut plus lui reprocher aujourd'hui de laisser souvent en place un utérus inutile et nuisible. L'ablation de la matrice ne constitue plus une difficulté. Bien plus, elle ne fait, dans certains cas, que rendre plus facile l'extirpation des annexes. Parmi les procédés qui facilitent au maximum cette extirpation, nous citerons celui de Terrier et, pour avoir plusieurs fois eu l'occasion de l'employer avec succès, le procédé par hémisection utérine de J.-L. Faure.

Est-ce à dire, cependant, qu'à l'heure actuelle toute salpingo-ovarite soit justiciable de la seule voie abdominale? Beaucoup le pensent et Delage (1) dans une thèse écrite sous l'inspiration du professeur Terrier en arrive presque à cette conclusion. Nous ne partageons pas cet avis et, avec quelques auteurs, nous conservons à l'hystérectomie vaginale quelques-unes des indications qu'elle a toujours si bien remplies dans le traitement des annexites.

Quelles sont donc ces indications? D'une manière générale, elles pourront ici encore venir de *la paroi*, soit à cause de la difficulté que son épaisseur opposerait aux manœuvres délicates de la laparotomie, soit au point de vue de la cicatrice important pour certaines malades, soit encore au point de vue de l'avenir et de l'éventration possible. C'est dans ces cas, en effet, qu'étant donné le drainage prolongé parfois nécessaire, les éventrations auront les plus grandes chances de se

(1) Delage. — L'hystérectomie abdominale dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus. *Thèse* de Paris 9101.

produire. Ces indications pariétales gagnent toujous à être associées à celles provenant de la *perméabilité vaginale.*

Bouilly, à qui on ne saurait refuser une grande expérience en pareille matière, attachait un certain intérêt à cette question de paroi « qui a, dit-il, plus d'importance qu'on n'a semblé le croire et dont les intéressés tiennent grand compte. »

Une autre indication vient de *l'état général* des malades. C'est chez ces femmes épuisées par les douleurs et par une longue suppuration que l'hystérectomie vaginale opère « les guérisons miraculeuses », dont parle J.-L. Faure, qu'elle provoque ces « résurrections », qu'elle est seule à pouvoir enregistrer de tels triomphes.

L'indication générale tirée de *la virulence des lésions pelviennes* est à peu près admise par tous. Legueu (1) pense que les lésions aiguës suppurées sont seules justiciables de l'hystérectomie vaginale car la virulence du pus imprimerait certainement une gravité exceptionnelle à la laparotomie. Pour lui, l'hystérectomie vaginale, au contraire, apparaît comme une excellente opération de drainage qui, enlevant l'utérus, supprime la « *bonde* » et permet au pus de suivre les lois naturelles de la déclivité. Ce bon résultat est obtenu avec une bénignité que ne donnerait certainement pas la laparotomie.

Pour J.-L. Faure(2), ce n'est ni la complexité plus ou moins grande des lésions, ni leur volume, ni les adhérences avec les organes voisins qui doivent entrer en

(1) Labadie-Lagrave et Legueu. Traité médico-chirurgical de gynécologie (éd. 1904).

(2) J.-L. Faure. — Chirurgie des annexes de l'utérus, p. 286.

ligne de compte dans le choix de l'opération, c'est avant tout *le degré de leur infection et de leur virulence*. Il conclut : « Les annexités chroniques, bilatérales, froides, en dehors des poussées aiguës, sont toutes, sans exception, justiciables de l'hystérectomie abdominale. L'hystérectomie vaginale, au contraire, sera réservée aux suppurations virulentes, aiguës, menaçantes, à foyers multiples, à tendance envahissante et qu'une simple colpotomie paraît devoir être impuissante à guérir. »

Les partisans exclusifs de la laparotomie pourront objecter qu'une virulence s'atténue et disparaît sous l'influence du repos et d'un traitement approprié. Nous pouvons leur répondre qu'il en est heureusement ainsi dans un bon nombre de cas, mais que, souvent aussi, les malades s'affaiblissent et perdent un temps précieux à espérer un refroidissement dont l'attente prolongée n'est pas sans inconvénient ni même sans danger. M. Launay (1) nous disait encore récemment le bon résultat que lui avait donné une hystérectomie vaginale chez une femme dont les lésions pelviennes mettaient un temps infini à refroidir et que cette attente avait amenée à un degré inquiétant de cachexie. Nous sommes donc ainsi conduit à accepter sur ce point les conclusions de J.-L. Faure.

Des indications particulières sont tirées de la bilatéralité des lésions et de leur situation anatomique.

Pour ce qui est de la *bilatéralité des lésions*, elle n'est malheureusement que trop fréquente dans les cas où nous voulons trouver des indications à l'hystérecto-

(1) Launay. — Communication orale.

mie vaginale, c'est-à-dire dans les lésions suppurées. Sur 96 cas traités par laparotomie, Terrier n'a trouvé les annexes opposées saines que 7 fois. Sur 80 cas, Bouilly n'a trouvé que 15 fois des lésions unilatérales. Sur 55 cas enfin, Delbet n'a pu laisser que 3 fois des annexes saines du côté opposé. Une seule des malades de Bouilly est devenue enceinte depuis l'opération. Les deux grossesses après ablation unilatérale signalées par Goullioud au congrès de chirurgie de 1894 se sont produites chez des malades dont les lésions n'étaient pas suppurées.

La *situation des lésions* crée aussi d'importantes indications. Seule, l'hystérectomie vaginale permettra d'ouvrir et de drainer sans danger les collections purulentes multiples, incluses à la fois dans les annexes et dans les adhérences péritonéales, séparées, « exclues » de la grande cavité par des tractus solides, véritable « dôme» de protection. Dans ces cas, par la laparotomie la vue est impuissante et toute tentative d'énucléation dangereuse. En vain, alors, reproche-t-on à l'hystérectomie vaginale d'être une opération incomplète parce que l'ablation des annexes malades est souvent impossible. C'est ce caractère incomplet même qui fait la sécurité de l'opération. Lui faire ce reproche, dit Bouilly, c'est en méconnaître l'esprit et les avantages. Les résultats en sont d'ailleurs excellents, même dans ces conditions. L'ouverture, l'ouverture large des poches purulentes et le drainage ainsi effectué répond à toutes les indications. Notre maître Richelot insiste beaucoup non seulement sur l'inutilité mais encore sur le danger qu'il y aurait

à vouloir cette extirpation complète. Il n'en est plus à compter les observations où les annexes ainsi abandonnées se sont « volatilisées » au bout de quelque temps sans que la guérison en ait été retardée une minute (1). En pareil cas, toute la difficulté vient de l'ablation de l'utérus. Mais il est entendu qu'une laparotomie dans les mêmes conditions ne saurait être confiée à un débutant.

La matrice est fixée, elle ne saurait bien souvent être abaissée. Il faut donc morceler sur place. Heureusement, le cul-de-sac antérieur est libre dans la majorité des cas et permet d'attaquer l'utérus en avant. Bouilly (2) dit avoir plusieurs fois laissé le fond et la partie supérieure de l'organe sans que pour cela les malades aient manqué à guérir avec la plus grande simplicité. La même chose est arrivée à notre maître Richelot (3) sans que la guérison en ait été contrariée ou retardée.

Nous voyons en somme, les principales indications de l'hystérectomie vaginale provenir de la virulence des lésions et de leur situation.

Les *contre-indications* à la voie vaginale d'ordre général ont bien souvent été citées : étroitesse du vagin, friabilité trop grande de l'utérus, etc. Nous avons cependant vu que si l'immobilité de l'organe constituait une difficulté et une invite à la prudence, elle ne créait pas une contre-indication absolue.

---

(1) Richelot. — L'hystérectomie vaginale, 1894. Voir les observations.
(2) Congrès international de gyn. et d'obst. de Genève, 1896.
(3) Richelot. — L'hystérectomie vaginale, 1894, obs. nos 22, 72, 199.

La situation élevée dss lésions doit détourner de la voie basse. Bouilly n'hésite pas à accorder à la laparotomie les collections haut situées, indépendantes, pour ainsi dire, de l'utérus resté libre et mobile. En pareil « cas, dit-il, il peut se faire que les collections soient, « pour ainsi dire, libres au milieu des anses intesti- « nales qui ne leur sont que faiblement adhérentes ; « il n'existe pas autour d'elles d'exsudats péritonéaux « capables de les isoler et de les séquestrer et dans les « manœuvres de l'hystérectomie vaginale une ouverture « intempestive peut avoir les plus graves conséquences » Segond (1) adopte la voie abdominale quand il s'agit d'annexite bilatérale non exclusivement pelvienne.

La majorité des chirurgiens rejettent aujourd'hui l'hystérectomie vaginale dans les lésions bien refroidies. Cette opinion semble devoir être partagée. Nous voyons cependant Segond recourir, même dans ces cas, à la voie vaginale pour éviter une cicatrice à ses malades. Nous ne saurions l'en blâmer, car l'habileté acquise par une longue pratique chirurgicale de la voie vaginale, doit entrer en ligne de compte dans les indications de la colpo-hystérectomie et comment n'être pas favorablement impressionné devant la bénignité opératoire révélée par certaines statistiques ?

Par contre, l'indication abdominale est formelle et Segond la conseille absolument, lui aussi, quand dans l'histoire de la maladie « quelque chose fait penser à des « épousailles » entre annexes droites et appendice;

(1) Bull. de la Soc. d'obst. de gyn. et de péd., 12 décembre 1904.

car, il faut tenir compte de la coïncidence fréquente des annexites droites avec des lésions appendiculaires. »

Pour ce qui est de la *tuberculose utéro annexielle*, la voie haute est indiquée à un double point de vue : 1°) à cause de l'influence salutaire de la laparotomie sur les lésions tuberculeuses du péritoine ; 2°) à cause de la conservation possible quand les lésions salpingiennes ne sont pas bilatérales.

Nous adoptons, au contraire, avec J.-L.-Faure (1) l'hystérectomie vaginale « au cours des poussées aiguës ou suraigües compliquant la tuberculose annexielle ».

« Dans ces cas geaves, dit-il l'hystérectomie vaginale est souvent une opération irrégulière, très pénible, très difficile, qui demande au chirurgien beaucoup de patience, d'énergie et d'habileté. C'est une opératipn héroïque et qui donne des résurrections. »

Nous n'insisterons que sur quelques points de technique particuliers à l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des annexites.

Les soins préléminaires ne diffèrent pas de ceux à donner dans les autres cas. Les malades affaiblies pourraient bénéficier de l'action stimulante des injections de sérum. Au besoin et si telles sont les idées du chirurgien, l'anesthésie rachidienne pourrait trouver un emploi avantageux.

Quel que soit le procédé employé, il sera prudent de commencer l'opération par l'incision large du cul-de-sac postérieur. Si, comme cela peut arriver, cette ouverture donne issue à une grosse collection purulente, on

(1). Congrès international de Gynécologie et d'obstérique. Rome 1902.

se contentera souvent de drainer par là les poches ainsi découvertes, quitte à procéder plus tard à l'ablation de l'utérus quand tout sera nettoyé.

C'est surtout en matière de suppurations pelviennes que, comme le dit très bien J. L. Faure, l'hystérectomie vaginale est à la fois l'opération la plus facile et la plus difficile de la chirurgie. On emploiera suivant les cas tel ou tel des procédés en usage. L'hémisection antérieure de Doyen rendra des services quand la difficulté sera nulle ou moyenne. Pour les cas plus difficiles, celui de Péan, celui de Müller-Quénu, celui de Segond seront d'une grande utilité. J. L. Faure a décrit (1) un ingénieux procédé consistant après hémisection antérieure à sectionner transversalement l'utérus et les ligaments larges de façon à les diviser en un certain nombre de segments horizontaux faciles à pincer et à lier. Mais, comme dit précisément cet auteur, s'il est utile de connaître tous les procédés, rien n'est plus mauvais que de vouloir l'application systématique d'un seul d'entre eux « qui ne peut précisément être méthodique que lorsque le cas est régulier et relativement facile ».

Legueu recommande de s'abstenir de lavages. Il suffit, dit-il, d'avoir ouvert ou crevé toutes les poches pour que l'opération assure déjà un bon résultat.

L'emploi des ligatures est ici à rejeter car elles sont souvent plus difficiles à placer que les pinces à demeure et qu'elles pourraient glisser à cause de la friabilité des

(1) Presse médicale, 1896, p. 761.

pédicules. Pansements et soins consécutifs se font comme à l'ordinaire.

Quelles sont les suites opératoires de l'hystérectomie vaginale pratiquée dans de pareilles conditions? A la grande surprise de ceux qui n'y sont pas accoutumés, elles sont, le plus souvent, excellentes. Les observations ne manquent pas pour en rendre témoignage. Récemment encore (1) notre maître Richelot en rapportait une très belle qui peut servir de type et que nous avons vécue avec lui. Il s'agissait d'une malade atteinte d'une suppuration pelvienne avec poussées fébriles ayant résisté à toute la thérapeutique de refroidissement ordinaire. L'hystérectomie vaginale la rendait apyrétique dès le lendemain de l'intervention et la guérison survenait bientôt rapide et complète.

Les statistiques que nous lisons dans le traité médico-chirurgical de gynécologie de Labadie-Lagrave et Legueu (2) nous donnent une idée de ce que valent les résultats immédiats de cette opération. La statistique de Segond publiée dans la thèse de Baudron (1893) et portant sur 200 cas, donne 7 % de mortalité.

Bouilly sur 51 cas compte 3 morts soit 5,8 %. Les interventions publiées par Richelot, Doyen, Péan, Segond, Rouffart, Jacobs donnent pour 690 cas 4,49 % *de mortalité.*

Si nous tenons compte de la gravité des cas auxquelles ces interventions furent souvent appliquées et si nous mettons en regard les chiffres donnés par Labadie-

(1) Bull. de la Soc. d'Obst. de Gyn. et de Péd. Octobre 1904. pages 237, 238, 239.

(2) Voir page 791.

Lagrave et Legueu et concernant la mortalité opératoire de l'hystérectomie abdominale (*6,3 °/₀ pour la totale et 5,1 °/₀* pour la subtotale), nous pouvons conclure avec Bouilly que l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des lésions des annexes et surtout des lésions suppurées, a été un des plus grands progrès réalisés en gynécologie, dans ces dernières années.

CHAPITRE VI

Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale dans l'infection puerpérale

Théoriquement l'hystérectomie devrait être faite au moment où les microbes ont envahi le muscle utérin et avant qu'ils n'aient envahi le reste de l'économie (1).

Cliniquement, peut-on deviner le moment ou les germes ont franchi la muqueuse utérine et celui par conséquent ou l'hystérectomie est indiquée ?

Il semble actuellement difficile de répondre exactement à cette question. Il faut, en effet, disent Labadie-Lagrave et Legueu (2) » intervenir assez tôt pour que l'infection soit encore localisée à l'utérus, condition indispensable, mais aussi, il ne faut pas opérer trop tôt, sans quoi l'opération serait excessive. »

Dans son rapport à Rome, Tuffier donne la descrip-

(1) Quand après un curage, curettage, etc., on a débarrassé complètement la cavité utérine de son contenu septique, « quand alors on est « convaincu, dit *Bonamy*, que l'infection qui continue a gagné la paroi « utérine elle-même et qu'elle a franchi la première barrière que lui « opposait la muqueuse utérine, nous dirons alors : l'hystérectomie est « aussi logique que paraît l'être l'amputation du membre pratiquée « par le chirurgien quand, après avoir épuisé toute la série des opéra- « tions palliatives locales, il sent qu'il n'est plus maître de l'infection, qu'elle « se généralise... » (*De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale. Thèse de Paris, 1899*).

(2) *Traité médico chirurgical de Gynécologie*. édit. 1904.

tion clinique de l'infection puerpérale et essaie de dégager les indications de l'intervention. Il arrive à cette conclusion qu'aucun des symptômes n'en peut précisément indiquer le moment, mais qu'il faut se baser sur leur ensemble. Les promoteurs de l'intervention demandent à plusieurs constatations de leur indiquer le moment d'intervenir : *a*) l'état du sang (examen bactériologique et anatomique) *b*) l'examen bactériologique des secrétions utérines, *c*) l'état de l'utérus, *d*) la marche du pouls, de la température, etc.

L'examen bactériologique du sang, en nous révélant la généralisation de l'infection, peut-il, devenir un élément de pronostic et constituer une indication à l'hystérectomie ? Si quelques uns comme Prochownick (1) ont résolu la question par l'affirmative, d'autres (Petruschky Klein) ont soutenu preuve en mains, que la présence des streptocoques dans le sang ne donne pas un pronostic fatal, pas plus que l'absence des microbes ne donne toujours le droit de porter un pronostic favorable. Récemment encore, notre collègue et ami Lemierre (2) a repris ces recherches à l'aide de sa méthode d'ensemencement du sang et arrive à la conclusion « qu'il est dif-« ficile de tirer un pronostic absolu de l'ensemencement « du sang dans la fièvre puerpérale. Les faits observés « permettent seulement de dire que la streptococcémie « est très fréquente, sinon de règle, dans les cas « mortels ; elle peut exister quoique bien plus rarement

(1) Monat. *f. Geburt. und. Gynack*, 1899, t. IX, p. 756 ; t. X. p. 14.

(2) Lemierre. — L'ensemencement du sang pendant la vie. *Thèse* de Paris 1904, page 129.

« dans les cas à l'évolution favorable, et particulièrement « dans les cas à allures sérieures. » C'est là aussi l'avis de Tuffier qui ne reconnaît à la découverte des agents infectieux dans le sang une valeur pronostique qu'associée aux autres symptômes.

L'étude anatomique du sang peut-elle fournir quelque indication sur le moment d'opérer? Ici encore les recherches, incomplètes d'ailleurs, n'ont pu faire adopter un critérium.

L'*examen bactériologique des lochies utérines* peut-il, en révélant la nature des microbes devenir dans certains cas, une indication à l'hystérectomie? Des travaux parus à ce sujet, il ressort encore que la bactériologie des sécrétions utérines est impuissante à nous fournir un renseignement. « L'examen du contenu de la cavité utérine, dit Pinard, n'a donné, jusqu'à ce jour, aucune indication rationnelle. Les recherches consacrées à l'étude des germes anaérobies, même les plus récentes, ne sont remarquables que par l'indécis qui les caractérise. » (Rapport du congrès international de médecine de Madrid, 1903). Il est d'ailleurs prouvé aujourd'hui qu'il n'existe pas de formes cliniques d'infection puerpérale en rapport avec telle ou telle espèce microbienne. Le plus souvent, il s'agit, dans chaque cas, d'infection utérine *polymicrobienne* et l'infection puerpérale est ordinairement déterminée non par un seul microbe mais par une association de microbes.

On a également essayé de tirer des indications opératoires de certaines particularités fournies par l'*examen de l'utérus*, en même temps que de la gravité des

symptômes généraux (pouls et température). La valeur de ces prétendues indications a été discutée à la Société de chirurgie de Paris (mars 1901) et à la Société d'Obstétrique de Paris.

Elle a fait l'objet de nombreux commentaires aux Congrès de Rome et de Madrid. Tandis que les uns attribuent à certains phénomènes cliniques une importance considérable, d'autres, au contraire, ne voient dans ces signes cliniques une importance considérable, d'autres, au contraire, ne voient dans ces signes cliniques que des phénomènes réactionnels aussi variables que les individus. « J'avoue, pour ma part, dit le professeur Pinard dans son rapport, n'avoir jamais rencontré en cas d'infection puerpérale aiguë, aucun symptôme, aucun complexus symptomatique qui pouvait me montrer que l'utérus était la source unique des accidents observés et que les lésions utérines étaient telles qu'elles échappaient à toute thérapeutique autre que l'ablation totale de l'organe. Je me sens même, absolument incapable, aujourd'hui encore, de reconnaître du total des accidents « une indication à l'hystérectomie ».

Quels sont les cas où l'on doit pratiquer l'hystérectomie ?

On a englobé sous la dénomination d'infection puerpérale aiguë des états disparates qui sont, il est vrai, la conséquence de l'infection des accouchées mais qui présentent des lésions et des indications thérapeutiques très variable. A côté de l'infection puerpérale aiguë proprement dite, nous avons affaire dans une grande majorité de cas à des complications de la septicémie

puerpérale. De telle sorte que définitivement, l'hystérie dans l'infection puerpérale *post-partum* et *post abortum* s'adresse d'une part aux *formes aiguës* proprement dites, sans localisation appréciable, d'autre part aux *formes localisées* avec suppuration périutérine ou péritonéale, à l'infection puerpérale compliquée. C'est l'avis de nombreux chirurgiens, entre autres Rochard (1), qui s'exprime ainsi : « J'estime, pour ma part, que les manifestations pathologiques causées par la septicémie puerpérale étant multiples, doivent être confondues au point de vue de la décision de l'intervention, qu'il faut poser la question d'une façon beaucoup plus large et *discuter la valeur de l'hystérectomie dans la septicémie puerpérale, que ses manifestations soient simplement utérines ou bien encore utérines, annexielles ou péritonéales.* »

Si l'on examine tous les cas où on a pratiqué l'hystérectomie pour infection puerpérale aiguë, on voit que l'on avait affaire aux états les plus variés et que, le plus souvent, il s'agissait d'autre chose que d'infection utérine proprement dite. Il suffit pour s'en convaincre de jeter un coup d'œil sur les observations consignées dans les différents travaux parus sur ce sujet. Dans l'article de Cristéanu (2), sur 136 observations, l'hystérectomie ne fut pratiquée que 58 fois pour infection sans localisation appréciable. Dans les 78 autres cas, il s'agissait d'infection puerpérale avec localisations ou complications.

(1) Société de chirurgie, 27 février 1901.

(2) Cristéanu. — *Revue* de gynécologie et de chirurgie abdominale 1904 juillet-août.

Nous envisagerons donc l'hystérectomie appliquée au traitement de toutes les manifestations de l'infection puerpérale aiguë, formes localisées ou compliquées, c'est-à-dire : dans l'infection puerpérale aiguë proprement dite *post-partum*, sans localisation aucune, dans l'infection puerpérale *post-abortum*, dans la gangrène de l'utérus, dans l'infection avec rétention ovulaire *post-partum* ou *post-abortum*, dans l'infection avec perforation utérine, dans l'infection avec suppuration périntérine, dans l'infection avec péritonite généralisée, à la suite de l'opération césarienne pratiquée sur un utérus infecté, dans l'infection compliquée de fibromes interstitiels suppurés ou sphacelés, dans les cas enfin compliqués d'infections ou d'affections concomitantes (pleurésie, appendicite, collections annexielles suppurées, etc).

Dans le premier groupe, le plus important, rentrent les *infections utérines proprement dites*, sans aucune localisation. Les partisans de l'opération (Segond, Picqué, Tuffier, Démelin, Treub) soutiennent que l'hystérectomie est et doit rester une intervention d'exception dans les infections pures sans localisation. Pour Pinard (1) l'hystérectomie ne peut, ni ne doit être même une intervention d'exception. D'après les observations, il ressort que : 1°) les symptômes de péritonite apparaissent, dans ces cas, régulièrement après l'opération, 2°) quand on décrit minutieusement l'état du péritoine, on constate généralement des plaques de péritonite ou d'infection intense de cette membrane, 3°) la statistique enfin montre que la mortalité dans l'infection puerpé-

(1) Congrès international de Madrid 1903.

rale pure sans localisation, traitée par l'hystérectomie, dépasse de beaucoup la mortalité obtenue par les moyens actuels de traitement non interventionniste. Cette mortalité ne dépasse et même n'atteint pas 10 p. 100 des cas morbides.

C'est à dessein que nous voulons distraire les *infections post-abortum* de la grande famille des infections puerpérales ordinaires *post-partum*, afin de montrer la gravité exceptionnelle de ces formes et la fréquence des indications opératoires. Avec Doléris, Maygrier, Mouchotte etc., il semble, en effet, qu'il y ait à établir une distinction entre les infections après accouchement et celles après avortement. D'abord, parce que les cas d'infection puerpérale *post-partum* graves ne s'observent plus que très rarement, tandis que ceux d'infection *post-abortum* sont beaucoup plus fréquents. Ensuite, l'origine de l'infection semble différente dans les deux cas. Dans la pratique hospitalière, en effet, l'avortement est, le plus souvent, provoqué par des manœuvres criminelles septiques.

On aura également à intervenir par l'hystérectomie dans la *gangrène de l'utérus* qui se termine presque toujours par la perforation de l'organe et par la mort.

Beaucoup plus importante sont les indications dans l'infection utérine par *rétention placentaire*. D'après les observations publié s jusqu'à ce jour par Dôderlein, Hégar, Smith, Jayle, Vineberg, etc., on peut conclure que dans les cas d'infection grave, avec rétention placentaire depuis quelques jours et surtout après l'accouchement, il serait indiqué d'intervenir d'emblée par

l'hystérectomie. Les manœuvres d'extraction ont, en effet, pour résultat de nous faire perdre un temps souvent précieux. L'opération sera d'autant plus indiquée qu'il s'agira de rétention partielle ou totale avec adhérences telles que ni doigts, ni curette ne peuvent les détacher. Cette question a déjà été abordée en 1890, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (séance du 8 mai).

De même, lorque le curettage ou le traitement intra-utérin dirigé contre l'infection utérine se complique de *perforation opératoire de l'utérus*, on doit pratiquer l'hystérectomie si l'état général montre qu'il y a danger.

Le groupe des infections *avec complications péri-utérines* et état général grave est encore passible de l'hystérectomie vaginale, l'opération radicale permettant d'enlever l'organe malade, d'ouvrir les poches et les collections péri-utérines et de laisser une voie large et déclive pour le drainage.

Mais l'hystérectomie vaginale peut encore être indiquée dans l'infection puerpérale avec péritonite généralisée. La péritonite généralisée, dit Bonamy, loin d'être pour nous une contre-indication est, bien au contraire, une raison de plus pour hâter le chirurgien à pratiquer l'hystérectomie. L'ablation de l'utérus permettra de sauver quelques malades en ouvrant le foyer septique et en drainant le péritoine (1).

Pour les infections utérines *compliquées de fibromes* interstitiels, il est naturel d'admettre l'intervention

(1) Bonamy. — *Thèse* de Paris, 1899.

radicale à la première manifestation d'un état grave. Dans ces cas, ce n'est plus l'infection seule qui en est cause, mais le fibrome par lui-même en dehors de l'infection peut être le point de départ d'accidents septiques consécutifs à sa suppuration ou à son sphacèle etc.

Quant aux *annexites*, aux *kystes suppurés* compliquant le *post-partum*, l'hystérectomie vaginale sera indiquée pour elles-mêmes autant que pour l'infection.

Telles sont les indications générales de l'hystérectomie vaginale dans l'infection puerpérale aiguë. Contre le traitement de l'infection par l'ablation de l'utérus, la grande majorité des accoucheurs et beaucoup de chirurgiens se soulèvent. Ricard, qui, l'un des premiers se déclare contre l'intervention, démontre que l'hystérectomie présente une mortalité considérable (50 °/₀) tandis que les cas graves d'infection ne présentent qu'une mortalité de 10 °/₀, différence énorme de 40 °/₀ qui ne peut être attribuée qu'au shock opératoire et à la possibilité de l'infection péritonéale. Parmi les principales *contre-indications* de l'opération, il y a à rappeler, *a*) l'affaiblissement extrême des malades, *b*) l'infection généralisée, *c*) les complications concomitantes.

Si le pouls est petit, filiforne. si le degré d'intoxication est excessif, si l'on a affaire à des *moribondes*, on s'abstiendra autant que possible de toute intervention radicale (1) de même, dans l'infection généralisée lorsque les femmes présentent des localisations graves accessibles ou non à l'intervention (complications pul-

(1) *L'anesthésie médullaire* (rachi-cocaïnisation ou rachi-stovaïnisation qui a l'avantage sur le chloroforme ou l'éther de ne déterminer aucun retentissement sur la nutrition générale de ces malades profondément intoxiquées, pourrait trouver encore ici un emploi avantageux.

monaires, hépatiques, rénales, etc.), ces complications par elles-mêmes suppriment les indications opératoires. Lorsqu'enfin on est pas sûr que c'est l'utérus la vraie cause des accidents, on s'abstiendra également d'intervenir et il sera nécessaire, dans ces cas, de passer en revue tous les organes qui peuvent être la porte d'entrée de l'infection. Il existe, en effet, un certain nombre d'exemples où l'hystérectomie fut pratiquée pour des accidents puerpéraux et où l'autopsie ou l'opération montrèrent qu'il s'agissait d'autre chose.

L'hystérectomie pour infection puerpérale a été pratiquée par *voie abdominale* et par *voie vaginale*. L'hystérectomie vaginale est-elle préférable à l'abdominale dans les affections *post-partum* ou *post-abortum* ?

Terrier et une grande majorité de chirurgiens emploient exclusivement la voie abdominale. J.-L. Faure (1), au contraire, recommande la vaginale. « Bien que l'hystérectomie abdominale, dit-il, ait été pratiquée et ait donné des succès, bien qu'elle rallie la presque unanimité de ceux qui, à la Société de Chirurgie, ont accepté l'intervention, je préfère infiniment l'hystérectomie vaginale, comme dans tous les cas où les lésions sont virulentes, où les risques d'inoculation péritonéales sont redoutables, et lorsque je peux faire autrement, je me refuse à promener dans le ventre un utérus bourré de streptocoques. » Labadie-Lagrave et Legueu (2) adoptent une opinion mixte : « Quant à la voie à suivre, disent-ils, il faut se guider sur le volume de l'utérus et l'époque

(1) J.-L.-Faure. Chirurgie des annexes de l'utérus. Doin 1902.

(2) Labadie-Lagrave et Legueu. Traité médico-chirurgical de Gynécologie, — édit. 1904.

de l'accouchement. Avec un utérus volumineux, la voie abdominale est préférable mais, s'il est petit, il sera facilement enlevé malgré sa friabilité par l'hystérectomie vaginale qui retrouvera ici ses qualités de drainage » D'après Ribemont Dessaignes et Lepage (1), la voie abdominale est préférable dans les infections qui surviennent après l'accouchement à terme à cause de la friabilité des tissus et des difficultés qu'on peut rencontrer dans l'abaissement de l'utérus ; la voie vaginale serait réservée aux cas d'infection consécutive à un avortement survenu dans les premiers mois de la grossesse.

Les défenseurs de la voie abdominale invoquent, en premières lignes la friabilité de l'utérus pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement. Segond croit, en effet, qu'il vaut mieux, dans ces cas, procéder par la laparotomie que de risquer le morcellement vaginal de l'utérus qu'il considère comme très difficile. Quelques difficultés et accidents opératoires (impossibilité de finir l'opération, perforation de la vessie, etc.), rencontrés par Vineberg, Treub, Tuffier ont fait abandonner la voie vaginale par ces auteurs.

Quant aux risques d'inoculation péritonéale, il sont illusoires, disent les laparotomistes. Bien souvent, du reste, le péritoine est déjà touché.

Dans les cas d'intégrité péritonéale, il sera facile d'éviter la contamination. Enfin, un large drainage sera établi après l'hystérectomie et ce drainage sera soit abdominal, soit plus rarement abdomino-vaginal. La laparotomie serait seule, en somme, à entendre Terrier et ses

(1) Précis d'obstétrique, 4e édition, p. 1339.

partisans, à permettre d'opérer « en voyant ce que l'on fait ». C'est encore à la voie abdominale qu'on devrait recourir si l'on voulait mettre en pratique une nouvelle méthode préconisée par les accoucheurs allemands (Fehling, Freund, Léopold) qui, jugeant l'hystérectomie insuffisante dans certains cas (pyohémie puerpérale) veulent la compléter par la ligature intra-abdominale des veines utéro-ovariennes thrombosées. Enfin, la possibilité d'instituer un traitement conservateur (comme dans un cas de Trendelenburg, où l'auteur ne fit pas l'hystérectomie et se contenta d'enlever les veines utéro-ovariennes et hypogastriques thrombosées) a fait encore adopter la voie haute.

J.-L. Faure et les défenseurs de la voie vaginale la prétendent, au contraire, supérieure à l'abdominale dans le traitement de l'infection puerpérale. Malgré la friabilité spéciale de l'utérus gravide augmentée encore par l'infection et malgré son volume, l'hystérectomie fut, disent-ils, toujours simple. Si l'utérus est volumineux, il est extrêmement souple et la largeur de la filière vulvo-vaginale rend les manœuvres très faciles. L'opération, par cette voie, peut-être rapidement exécutée. Faure a pu la faire en 6 à 7 minutes et les malades ont pu ne pas rester plus de 15 minutes sous le chloroforme. Le traumatisme est plus léger et le drainage se fait par une meilleure déclivité. Enfin, par cette voie, on évite, autant qu'il est possible, l'infection de la grande séreuse péritonéale.

Quant à la technique de l'hystérectomie vaginale dans l'infection puerpérale aiguë, suivant l'état actuel des

lésions, suivant l'état antérieur de l'utérus et des organes pelviens, suivant qu'il s'agit d'infection simple ou compliquée, on fera soit l'opération de Péan ou la « castration utérine » soit la castration totale ou utéro-annexielle. Nous rappelons cependant que le fait capital de l'intervention consiste surtout dans l'ablation de l'utérus. L'hystérectomie pure et simple, sans ablation annexielle, sera dirigée contre l'infection utérine avec septicémie. De même, elle sera exécutée comme moyen de drainage dans les péritonites purulentes (localisées ou généralisées) *post-partum* ou *post-abortum*. Elle le sera encore dans les lésions pelviennes complexes. Lorsqu'au contraire, les lésions sont moins étendues, lorsque les adhérences sont moius serrées, à l'ablation de l'utérus, on peut ajouter celle des annexes et faire, en somme, une « hystérectomie et une castration vaginale » (Labadie-Lagrave et Legueu).

L'hystérectomie sera exécutée suivant les procédés habituels. Nous n'avons pas à les reproduire ici ; ils sont décrits à fond dans tous les ouvrages classiques.

La thérapeutique et les soins post-opératoires n'empruntent ici quelque chose de particulier qu'à la nécessité de soutenir l'état général par les toniques, la sérothérapie, etc.

L'instrumentation cependant devra s'adopter à la circonstance. Nous savons que l'utérus dans les infections récentes et consécutives à un accouchement ou à un avortement est en général immobile et d'une extrême friabilité. Or, cette friabilité constitue justement l'une des plus grandes difficultés de l'hystérectomie appliquée

au cas particulier. On aura donc intérêt à se servir, au lieu des pinces à griffes communes, de *pinces larges*, comme des pinces à kyste ordinaires de Nélaton, ou les pinces à plateau de J.-L. Faure.

En somme, cette voie est excellente quel que soit l'âge de l'utérus infecté, qu'il y ait infection *post-abortum* ou *post-partum*. Pendant les premiers mois de la grossesse (infection *post-abortum*), si le vagin n'est pas très large, l'utérus est, en somme, peu volumineux. Dans l'infection *post-partum*, si le volume de l'utérus est plus notable, le canal vulvo-vaginal, par contre, est ramolli et la voie basse plus large et plus facilement abordable.

Quelle est la valeur de ce mode de traitement? Il semble actuellement difficile de répondre et de juger exactement la valeur de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des infections puerpérales. Cette difficulté tient à l'impossibilité pratique de poser les indications de l'opération et aussi à l'insuffisance de documents précis. Il faudrait pouvoir consulter toutes les statistiques et les observations publiées jusqu'à ce jour et comparer les résultats obtenus par l'hystérectomie vaginale et par l'abdominale. Cette étude, nous permettrait peut-être de juger d'une façon plus probante la valeur de l'opération vaginale dans le traitement de l'infection puerpérale.

Sur 31 cas rapportés par Bonamy (1), 20 fois la malade guérit du fait de l'opération. La mort est survenue 11 fois à la suite, mais non comme conséquence d'une opération presque toujours tardive. Ces cas peuvent se diviser en :

Hystérectomies vaginales, 11 cas { 7 guérisons = 70 %
4 morts = 36,3 %

Hystérectomies abdominales, 20 cas { 14 guérisons = 70 %
6 morts = 30 %.

Dans la thèse de Benoist (2), on trouve un tableau contenant les hystérectomies pour infection puerpérale parues depuis le travail de Bonamy (de juillet 1899 à avril 1901). Ces 21 observations nouvelles se décomposent en :

Hystérectomies vaginales, 11 cas { 4 guérisons = 36,3 %
7 morts = 63,6 %.

Hystérectomies abdominales, 10 cas { 6 guérisons = 60 %
4 morts = 40 %.

De la lecture de ces deux statistiques, il ressort que la mortalité de l'hystérectomie abdominale est bien *inférieure* à celle de la vaginale. Mais, nous le répétons, le nombre des opérations pratiquées par la voie vaginale est encore trop restreint pour qu'on en puisse tirer déjà quelques conclusions statistiques. Cette différence tient, d'autre part, à ce que l'hystérectomie abdominale, considérée comme une grosse intervention, ne fut pratiquée la plupart du temps que sur des malades assez résistantes. En lisant les observations où l'on a pratiqué l'hystérectomie vaginale, on voit, au contraire, que cette opération fut faite le plus souvent chez des moribondes et dans des cas très complexes ou très compliqués (1).

(1) Bonamy. — *Thèse* de Paris, 1899.

(2) Benoist. — Contrib. à l'étude de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale avec lésions utérines prédominantes. *Th.* de Paris, 1901.

(3) Nous avons ici résumé un travail à paraître prochainement et pour lequel notre ami Constantin Daniel, interne des hôpitaux, a bien voulu nous prêter sa précieuse collaboration obstétricale.

CONCLUSIONS

L'hystérectomie vaginale « n'est pas morte ». Elle mérite une place importante dans la gynécologie opératoire à côté de l'hystérectomie abdominale qu'elle peut suppléer dans certains cas.

Elle conserve donc, à l'heure actuelle, des indications générales que nous avons tâché d'étudier et des indications particulières que nous nous sommes efforcé de déterminer :

1°) dans l'inversion utérine,
2°) dans le prolapsus utérin,
3°) dans les fibromes de l'utérus,
4°) dans le cancer de l'utérus,
5°) dans les salpingo-ovarites,
6°) dans l'infection puerpérale.

Parvenu à la fin de cette étude, nous adopterons comme conclusion la parole de Bouilly : Il ne saurait plus être question aujourd'hui de diviser les chirurgiens en *laparotomistes* et en *hystérectomistes*, la laparotomie et l'hystérectomie sont deux opérations que tout gynécologiste doit également connaître et exécuter suivant les indications.

Vu :
Le Président de la Thèse,
A. LE DENTU.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

Sens. — Imp. Miriam, 1, rue de la Bertauche